

記入例

妊産婦・乳児健康診査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

佐伯市長 様

|                                                                               |        |                                              |     |           |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------------------------|-----|-----------|
| 申請者                                                                           | 住所     | 〒876-8585<br>佐伯市中村南町1-1 (電話番号 080-1234-5678) |     |           |
|                                                                               | フリガナ   | サイキ サクラ                                      |     |           |
|                                                                               | 氏名     | 佐伯 桜 ※妊産婦さんの名前                               |     |           |
| 委託医療機関等における受診に要した費用の助成を受けたいので、佐伯市妊産婦・乳児健康診査費助成事業実施要綱第7条の規定により、次のとおり申請及び請求します。 |        |                                              |     |           |
| 助成対象者                                                                         | フリガナ   | サイキ サクラ                                      |     |           |
|                                                                               | 氏名     | 佐伯 桜                                         |     |           |
|                                                                               | 生年月日   | H 10 年 1 月 1 日                               |     |           |
|                                                                               | 住所     | 佐伯市中村南町1-1                                   |     |           |
| 振込先                                                                           | 母子手帳番号 | 1234                                         |     |           |
|                                                                               | 金融機関名  | まある銀行                                        | 支店名 | 佐伯 支店     |
|                                                                               | 口座番号   | 1234567                                      | 種別  | 普通・当座・( ) |
|                                                                               | フリガナ   | サイキ サクラ                                      |     |           |
|                                                                               | 名義人    | 佐伯 桜                                         |     |           |

|                                                 |                                                                                                                      |                                                                                                                       |  |  |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 受診機関証明欄                                         |                                                                                                                      |                                                                                                                       |  |  |
| 受診日                                             | R7 年 4 月 1 日                                                                                                         |                                                                                                                       |  |  |
| 妊婦一般健康診査<br>目しの印し<br>医療機関が記入                    | <input type="checkbox"/> No. 1 から No. 7 まで、<br>No. 9、No. 10 及び No. 12 から No. 14 まで                                   | 1 問診、診察及び超音波検査 2 尿検査<br>3 血圧測定 4 体重測定                                                                                 |  |  |
|                                                 | <input type="checkbox"/> No. 8                                                                                       | 1 問診、診察及び超音波検査 2 血色素検査<br>3 血糖検査 4 尿検査 5 血圧測定<br>6 体重測定                                                               |  |  |
|                                                 | <input type="checkbox"/> No. 11                                                                                      | 1 問診、診察及び超音波検査 2 血色素検査<br>3 尿検査 4 血圧測定 5 体重測定                                                                         |  |  |
|                                                 | <input type="checkbox"/> 多胎妊娠追加分                                                                                     | 1 問診、診察及び超音波検査 2 尿検査<br>3 血圧測定 4 体重測定                                                                                 |  |  |
|                                                 | <input type="checkbox"/> A                                                                                           | 1 血液型 2 血色素検査 3 血糖検査<br>4 HBs 抗原検査 5 C 型肝炎抗体検査<br>6 HIV 抗体検査 7 HTLV-1 抗体検査<br>8 梅毒血清反応検査 9 風疹ウイルス抗体検査<br>10 クラミジア抗原検査 |  |  |
|                                                 | <input type="checkbox"/> B                                                                                           | 子宮頸がん検診                                                                                                               |  |  |
|                                                 | <input type="checkbox"/> C                                                                                           | B 群溶血性レンサ球菌検査                                                                                                         |  |  |
|                                                 | <input type="checkbox"/> 妊婦超音波検査                                                                                     |                                                                                                                       |  |  |
|                                                 | 産婦健康診査<br><input type="checkbox"/> 産後 2 週間<br><input type="checkbox"/> 産後 1 か月                                       | 1 問診及び診察 2 尿検査 3 血圧測定<br>4 体重測定 5 精神状態のアセスメント                                                                         |  |  |
|                                                 | 乳児一般健康診査<br><input type="checkbox"/> 1 か月<br><input type="checkbox"/> 6 ～ 8 か月<br><input type="checkbox"/> 9 ～ 11 か月 | 問診及び診察                                                                                                                |  |  |
| <input type="checkbox"/> 新生児聴覚スクリーニング検査         | <input type="checkbox"/> 自動 ABR <input type="checkbox"/> OAE                                                         | ※どちらかに、 <input checked="" type="checkbox"/>                                                                           |  |  |
| 診査費用<br>(診査者負担額)                                | 12,345 円                                                                                                             |                                                                                                                       |  |  |
| ※レ印を付した診査項目に要した費用のみ記入してください。                    |                                                                                                                      |                                                                                                                       |  |  |
| このことについて証明します。<br>R7 年 4 月 1 日                  |                                                                                                                      |                                                                                                                       |  |  |
| 受診機関名・所在地 〇〇県〇〇市〇〇番地 佐伯産婦人科医院<br>代表者氏名 院長 佐伯 太郎 |                                                                                                                      |                                                                                                                       |  |  |

(注意事項)

- この申請書兼請求書は、1 回の健康診査ごとに作成してください。
- 振込先口座の名義人が助成対象者と異なる場合は、助成対象者からの委任状が必要となります。