

記入例

佐伯市長 様

申請者	住所	〒876-8585 佐伯市中村南町1-1 (電話番号0972-00-0000)		
	フリガナ	サイキ ハナコ		
	氏名	佐伯花子 ※妊婦さんの名前 佐伯		
委託者	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 ハナコ		
	氏名	佐伯花子		
	生年月日	S〇〇年〇〇月〇〇日		
	住所	佐伯市中村南町1-1		
	母子手帳番号	〇〇〇		
振込先	金融機関名	〇〇銀行	支店名	〇〇支店
	口座番号	1234567	種別	普通・当座・()
	フリガナ	サイキ ハナコ		
	名義人	佐伯花子		

受診機関証明欄		年 月 日 → 受診日	
受診した□をのり印し医療機関が記入	<input type="checkbox"/> No.1 から No.7 まで及び No.9 から No.14 まで	1 問診及び診察 3 血圧測定	2 尿検査 4 体重測定
	<input type="checkbox"/> No.8	1 問診及び診察 3 尿検査	2 血色素検査 4 血圧測定 5 体重測定
	<input type="checkbox"/> 多胎妊娠追加分	1 問診及び診察 3 血圧測定	2 尿検査 4 体重測定
	<input type="checkbox"/> A	1 血液型 4 HBs 抗原検査 6 HIV 抗体検査 8 梅毒血清反応検査	2 血色素検査 5 C 型肝炎抗体検査 7 HTLV-1 抗体検査 9 風疹ウイルス抗体検査
	<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	注意：この「妊婦超音波検査」は、出産予定日に35歳以上の方が対象です。チケットを持っている人のみ☑してください。 通常の超音波検査ではありません。	
	<input type="checkbox"/> 産婦健康診査 <input type="checkbox"/> 産後2週間 <input type="checkbox"/> 産後1か月	1 問診及び診察 4 体重測定	2 尿検査 5 精神状態のアセスメント
	<input type="checkbox"/> 乳児一般健康診査 <input type="checkbox"/> 6~8か月 <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 ↑どちらかに☑	<input type="checkbox"/> OAE
診査費用 (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。		
ことについて証明します。 〇〇年〇〇月〇〇日 受診機関名・所在地 〇〇県〇〇市〇〇区〇〇番地 代表者氏名 〇〇産婦人科医院 院長 〇〇 〇〇 印			

(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。