

佐伯市長 様

申請・請求者	住 所	〒 _____ (電話番号 _____)
	フリガナ	_____
	氏 名	_____

委託外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	_____		
	氏 名	_____		
	生年月日	_____		
	住 所	_____		
振 込 先	金融機関名	_____	支店名	_____ 支店
	口座番号	_____	種 別	普通・当座・( )
	フリガナ	_____		
	名 義 人	_____		

## 受 診 機 関 証 明 欄

受 診 日	年 月 日		
診査項目 (実施した種類の □にレ印を記入してください。)	妊婦一般健康診査	<input type="checkbox"/> No. 1からNo. 7まで、 No. 9、No. 10及びNo. 12 からNo. 14. 追加分	1 問診、診察及び超音波検査 2 尿検査 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 3 血糖検査 4 尿検査 5 血圧測定 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 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 問診及、診察及び超音波検査 2 尿検査 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 4 HBs 抗原検査 5 C型肝炎抗体検査 6 HIV 抗体検査 7 HTLV-1 抗体検査 8 梅毒血清反応検査 9 風疹ウイルス抗体検査 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
		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 2 尿検査 3 血圧測定 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 <input type="checkbox"/> 1か月 <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 <input type="checkbox"/> OAE
診 査 費 用 (受診者負担額)	_____ 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。		
上記のことについて証明します。 年 月 日			
受診機関名・所在地 代表者氏名			

(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。