

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		
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		
受診日	<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 2 尿検査 3 血圧測定 4 体重測定	各チケットは1回しか使用できません。未使用のチケットを必ずご確認ください。	
	<input type="checkbox"/> No.8	1 問診及び診察 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 問診及び診察 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
	<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歳以上の人が対象です。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。
	産婦健康診査	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		
	<input type="checkbox"/> 産後2週間 <input type="checkbox"/> 産後1か月			
	乳児一般健康診査	問診及び診察		
<input type="checkbox"/> 6~8か月 <input type="checkbox"/> 9~11か月				
<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☑			
診査費用 (診者負担額)	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 〇〇産婦人科医院 院長 〇〇 〇〇		
代表者氏名		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。