

朝霞市妊産婦健康診査等補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

朝霞市長宛

私は、以下のとおり健康診査を受診したので、朝霞市妊産婦健康診査等補助金交付要綱第4条に基づき必要書類を添え補助金の交付を申請します。補助金については、以下の口座へ振り込んでください。

なお、私は、この申請に基づく補助金の交付決定に当たり、確認等が必要な場合には、市が受診した医療機関に問い合わせることに同意します。

申請者	フリガナ		生年月日	年	月	日
	受診者氏名					
	現住所	〒 電話 - -				
受診医療機関名	(名称)					
	(所在地)					

時期	区分	検査	上限単価(円)	日付	
妊娠初期	①	H I V抗体検査	2,290	年 月 日	
	①	子宮頸がん検診（細胞診）	3,500	年 月 日	
	①	基本的な妊婦健康診査及び血液検査（ABO血液型、Rh血液型、不規則抗体、梅毒血清反応検査、血算及び血糖）	11,630	年 月 日	
		風疹ウイルス抗体検査	800	年 月 日	
		B型肝炎（H B s）抗原検査	400	年 月 日	
		C型肝炎（H C V）抗体検査	1,240	年 月 日	
	②	基本的な妊婦健康診査	5,010	年 月 日	
妊娠中期	助成券	③	基本的な妊婦健康診査、超音波	8,010	年 月 日
		④	基本的な妊婦健康診査	5,010	年 月 日
		⑤	基本的な妊婦健康診査	5,010	年 月 日
		⑥	基本的な妊婦健康診査、超音波及び血液検査（血算及び血糖）	8,110	年 月 日
妊娠後期	助成券	⑦	基本的な妊婦健康診査	5,010	年 月 日
		⑧	基本的な妊婦健康診査	5,010	年 月 日
		⑨	基本的な妊婦健康診査	5,010	年 月 日
		⑩	基本的な妊婦健康診査、超音波及びGBS検査	8,810	年 月 日
		⑪	基本的な妊婦健康診査、NSTをはじめとする必要な検査	5,710	年 月 日
		⑫	基本的な妊婦健康診査、超音波及び血液検査（血算）	8,110	年 月 日
		⑬	基本的な妊婦健康診査	5,010	年 月 日
		⑭	基本的な妊婦健康診査	5,010	年 月 日
30週まで		H T L V - 1 抗体検査 () はR 6年度受診の金額	3,040(2,300)	年 月 日	
		性器クラミジア検査	2,000	年 月 日	
産後	産婦健診①	基本的な産婦健康診査、こころの健康チェック（2週間健診）	5,000	年 月 日	
	産婦健診②	基本的な産婦健康診査、こころの健康チェック（1か月健診）	5,000	年 月 日	

(注1) この申請書に次の書類を添付してください。

- ①受診費用を証明する書類・領収書・診療明細書（医療機関から渡されている場合のみ）
- ②健診項目、結果が分かる書類（結果の記載された助成券、超音波エコー画像、母子健康手帳の写し等）
- ③妊婦健康診査・産婦健康診査助成券（朝霞市発行のもの）

(注2) 補助金交付申請は、受診日から起算して1年以内に申請してください。

金融機関名	銀行・農協 信用金庫						本店・支店 出張所
預金種別	普通 当座	口座 番号				口座名義人	※カナ書き

※受診者以外の方（代理人）の口座に振込みを希望する場合は、委任状が必要になります。

受付 _____