

記入見本

朝霞市妊産婦健康診査等補助金交付申請書兼請求書

申請日を記入してください。

〇〇年〇〇月〇〇日

太枠の中のみ、ご記入ください。

※訂正する場合は、二重線を引き訂正してください。

朝霞

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	アサカ ハナコ	生年月日	△△年 〇〇月 ▽▽日
	受診者氏名	朝霞花子		
	現住所	〒351-0011 朝霞市本町1-7-3 （受診日現在の住民登録地が上記と異なる場合：）		
受診医療機関名		(名称) 〇〇産婦人科医院 (所在地) 〒000-0000 〇〇県〇〇市△△△△△		

申請時の住所をご記入ください。

必ず連絡が取れる電話番号をご記入ください。

申請時、市外へ転出している場合、
受診日時点の朝霞市の住所をご記入ください。

こちらの欄は記入不要です

時期	区分		検査	上限単価（円）	日付
妊娠初期	助成券	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		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		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、N S T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、結果の写し等）

③妊婦健康診査
（注2）補助金交付
ゆうちょ銀行の口座に振込みを希望される場合、支店名等は通帳1ページ目下段に記載されている、「店名」（漢数字3桁）、「口座番号」をご記入ください。

金融機関名	△ △ △							銀行・農協 信用金庫	〇 〇 〇			本店・支店 出張所
預金種別	普通 当座	口座 番号	1	2	3	4	5	6	7	口座名義人	※カナ書き アサカ ハナコ	

※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