

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)				
		(所在地)				

時期	区分	検査	上限単価(円)	日付	
妊娠初期	助成券	① HIV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）	11,680 (11,630)	年 月 日
			風疹ウイルス抗体検査	800	年 月 日
			B型肝炎（HBs）抗原検査	400	年 月 日
			C型肝炎（HCV）抗体検査	1,240	年 月 日
②	基本的な妊婦健康診査	5,060(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	8,060(8,010)	年 月 日
		④	基本的な妊婦健康診査	5,060(5,010)	年 月 日
		⑤	基本的な妊婦健康診査	5,060(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）	8,160(8,110)	年 月 日
		⑦	基本的な妊婦健康診査	5,060(5,010)	年 月 日
妊娠後期	助成券	⑧	基本的な妊婦健康診査	5,060(5,010)	年 月 日
		⑨	基本的な妊婦健康診査	5,060(5,010)	年 月 日
		⑩	基本的な妊婦健康診査、超音波及びGBS検査	8,860(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	6,460(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）	8,160(8,110)	年 月 日
		⑬	基本的な妊婦健康診査	5,060(5,010)	年 月 日
		⑭	基本的な妊婦健康診査	5,060(5,010)	年 月 日
30週まで		HIV-1抗体検査	3,040	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) この申請書に次の書類を添付してください。また、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。

①母子健康手帳 ②領収書の原本・診療明細書（医療機関から渡されている場合のみ）

③妊婦健康診査・産婦健康診査助成券（残りのものすべて）

※受診（検）医療機関で検査日・検査内容・結果・医療機関名等を記載してもらってください。

※助成券に記載のない場合は、検査日・検査内容・結果等が記載された書類、超音波エコー写真等

④振込先口座が確認できるもの（通帳等）

※委任状（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、委任状が必要です。印鑑もお持ちください。）

⑤本人確認できるもの（マイナンバーカード等） ※金額は扶助の上限額です。（）内は令和7年度の扶助上限額です。

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

受付 _____