

朝霞市妊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、以下のとおり妊婦健康診査を受診したので、朝霞市妊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(2,300)	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(11,410)	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(1,300)	年 月 日
②	基本的な妊婦健康診査	5,010(5,000)	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(8,000)	年 月 日	
		④ 基本的な妊婦健康診査	5,010(5,000)	年 月 日	
		⑤ 基本的な妊婦健康診査	5,010(5,000)	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(8,000)	年 月 日	
妊娠後期	助成券	⑦ 基本的な妊婦健康診査	5,010(5,000)	年 月 日	
		⑧ 基本的な妊婦健康診査	5,010(5,000)	年 月 日	
		⑨ 基本的な妊婦健康診査	5,010(5,000)	年 月 日	
		⑩ 基本的な妊婦健康診査、超音波及びGBS検査	8,010(8,000)	年 月 日	
		⑪ 基本的な妊婦健康診査、ノンストレステストをはじめとする妊婦健康診査として必要な検査	5,710(5,600)	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(8,000)	年 月 日	
		⑬ 基本的な妊婦健康診査	5,010(5,000)	年 月 日	
		⑭ 基本的な妊婦健康診査	5,010(5,000)	年 月 日	
30週まで		HTLV-1抗体検査	2,300	年 月 日	
		性器クラミジア検査	2,000	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(受診先及び受診日が明記された領収書、レシート等)
- ②受診項目が分かる書類(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未使用となった助成券(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。

(注3) 上限単価の( )内の金額は令和2年度受診の金額。

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 \_\_\_\_\_