様式第１号（第４条関係）

記入見本

朝霞市妊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

朝　霞

太枠の中のみ、ご記入ください。
※訂正する場合は、二重線を引き訂正印の押印をお願いします。

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、

妊婦健康診査受診者が申請者になります。

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

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：	電話　〇〇〇 - △△△ - □□□□	
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□□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、市外へ引っ越している場合、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	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
		①	風疹ウイルス抗体検査	800	年　月　日
		①	Ｂ型肝炎（ＨＢｓ）抗原検査	400	年　月　日
		①	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		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		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

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。

（注２）補助金交付申
（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									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