

那珂川市妊産婦健康診査・新生児聴覚検査助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（あて先）那珂川市長

申請者 住 所 那珂川市
氏 名
電話番号

妊産婦健康診査・新生児聴覚検査に係る費用の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

受診者名	フリガナ	生年月日	年 月 日
	氏 名		
	住 所 那珂川市 ※申請者と同じ場合は記入不要		

※該当する申請項目に☑

- 妊婦健康診査 産婦健康診査 新生児聴覚検査
 妊婦歯科健康診査 多胎妊婦健康診査

【助成金振込先（申請者と同名義）】

銀行 農協 信用金庫	※ゆうちょ銀行の場合記入不要	本店 支店 所
普通 ・ 当座 ※ゆうちょ銀行の場合記入不要	口座番号	
口座名義人	(フリガナ)	

請求額合計 ①+②+③+④+⑤	円
--------------------	---

【妊婦健康診査】

医療機関名							
回数	検査日	支払金額	助成額 ※市記入欄	回数	検査日	支払金額 (円)	助成額(円) ※市記入欄
1回目	年 月 日	円	円	8回目	年 月 日	円	円
2回目	年 月 日	円	円	9回目	年 月 日	円	円
3回目	年 月 日	円	円	10回目	年 月 日	円	円
4回目	年 月 日	円	円	11回目	年 月 日	円	円
5回目	年 月 日	円	円	12回目	年 月 日	円	円
6回目	年 月 日	円	円	13回目	年 月 日	円	円
7回目	年 月 日	円	円	14回目	年 月 日	円	円
						①助成額小計※市記入欄	円

【産婦健康診査】

医療機関名			
回数	検査日	支払金額	助成額※市記入欄
1回目	年 月 日	円	円
2回目	年 月 日	円	円
			②助成額小計※市記入欄
			円

【新生児聴覚検査】

子の氏名		生年月日	年 月 日
住 所	※申請者と同じ場合は記入不要		
医療機関名			
回 数	検査日	支払金額	助成額※市記入欄
初回検査	年 月 日	円	円
確認検査	年 月 日	円	円
③助成額小計※市記入欄			円

【妊婦歯科健康診査】

受診日	年 月 日
医療機関名	
支払金額	円
④助成額 ※市記入欄	円

【多胎妊婦健康診査】

医療機関名			
回数	検査日	支払金額	助成額 ※市記入欄
1回目	年 月 日	円	円
2回目	年 月 日	円	円
3回目	年 月 日	円	円
4回目	年 月 日	円	円
5回目	年 月 日	円	円
⑤助成額小計※市記入欄			円

※添付書類

- (1) 受診をした医療機関等が発行する妊婦健康診査、妊婦歯科健康診査、産婦健康診査又は新生児聴覚検査の自己負担額に係る領収書 の写し
- (2) 受診をした項目に該当する受診券等の原本
- (3) 母子健康手帳の受診した項目に該当する記録欄の写し