

別記

様式（第9条関係）

酒々井町妊婦等健康診査等費用助成金交付申請書

年 月 日

（あて先）酒々井町長

申請者	住 所	〒 -			
	ふりがな 氏 名			生年 月 日	年 月 日
	電話番号			受診者 との続柄	妊産婦 乳 児

健診診査等費用に係る助成金の支給を受けたいので、酒々井町妊婦等健康診査等に関する要綱第9条第3項の規定により下記のとおり申請いたします。

記

母子健康手帳交付日	年 月 日	交付番号	番
-----------	-------	------	---

◆妊婦及び産婦健康診査受診者					
☐ 申請者に同じ	ふりがな 氏 名				
☐ 申請者に同じ	住 所	〒 -			
☐ 申請者に同じ	生年月日	年 月 日			
妊婦健康診査受診票該当回（該当する回に○をしてください。）					
1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14					合計 回
産婦健康診査受診票該当回（該当する箇所に○をしてください。）					
おおむね2週間		おおむね1か月			合計 回
◆乳児一般健康診査、新生児聴覚スクリーニング検査、1か月児健康診査受診者					
受診者	ふりがな 氏 名			生年 月 日	年 月 日
	住 所	☐ 申請者に同じ 〒 -			
次の該当する項目を記入してください。					
乳児一般 健康診査	3～6か月	受診日	年 月 日	検査費用	円
	7～11か月	受診日	年 月 日	検査費用	円
新生児 聴覚検査	受診日	年 月 日		検査費用	円
1か月児 健康診査	受診日	年 月 日		検査費用	円

※裏面の記入もお願いします。

振込先（申請者名義の口座をお願いします。）

＜ゆうちょ銀行以外の金融機関＞

金融機関名		銀行 信用金庫 農業協同組合							本店・支店 本所・支所 出張所	
預金の種別	普通 ・ 当座		口座番号							
口座名義 カタカナ										

＜ゆうちょ銀行＞

記号（右詰め）							番号（右詰め）								
口座名義 カタカナ															

注 1) 次に掲げる書類を添付してください。なお、妊婦一般健康診査及び産婦健康診査の申請者と受診者が異なる場合は、申請者の確認書類の提出が必要になります。

1. 妊婦乳児一般健康診査助成金交付申請

- (1) 未使用の受診票
- (2) 医療機関又は助産所が発行した当該健康診査に係る領収書及び明細書
- (3) 母子健康手帳の写し
- (4) 申請者の振込先が分かる口座の写し
- (5) その他助成の決定を行う際に町長が必要と認めるもの

2. 新生児聴覚スクリーニング検査助成金交付申請（生後 50 日まで）

- (1) 未使用の受診票
- (2) 医療機関又は助産所が発行した当該健康診査に係る領収書及び明細書
- (3) 母子健康手帳の写し
- (4) 申請者の振込先が分かる口座の写し
- (5) その他助成の決定を行う際に町長が必要と認めるもの

3. 産婦健康診査助成金交付申請（産後 2 か月以内）

- (1) 母子健康手帳の写し
- (2) 結果が記入されている産婦健康診査受診票
- (3) 記入されている質問票
(エジンバラ産後うつ病質問票(EPDS)、育児支援チェックリスト、赤ちゃんへの気持ち質問票)
- (4) 医療機関等が発行した産婦健康診査の費用に係る領収書及び明細書
- (5) 申請者の振込先が分かる口座の写し
- (6) その他助成の決定を行う際に町長が必要と認めるもの

ただし、(2) に関してやむを得ない理由により提出が困難であると町長が認める場合は、医療機関等が記入した母子健康手帳の健診結果の写しを代替えとすることができる。

4. 1 か月児健康診査助成金交付申請（生後 56 日未満）

- (1) 1 か月児健康診査の結果が記載された受診票
- (2) 1 か月児健康診査の結果が記載された質問票
- (3) 1 か月児健康診査の受診に係る委託外医療機関等の領収書及び明細書
- (4) 母子健康手帳の写し
- (5) 申請者の振込先が分かる口座の写し
- (6) その他助成の決定を行う際に町長が必要と認めるもの

ただし、(2) に関してやむを得ない理由により提出が困難であると町長が認める場合は、医療機関が記入した母子健康手帳の健診結果の写しを代替えとすることができる。

注 2) 健康診査等費用助成は町が定める診査料を限度とし、その額を超える場合は受診者が負担するものとします。