

川越市妊婦健康診査等助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）川越市長

私は、川越市妊婦健康診査等助成金交付要綱第5条に基づき必要書類を添え、助成金の交付を申請します。

なお、私はこの申請に基づく助成金の交付決定に当たり、確認等が必要な場合には市が医療機関等に問い合わせることに同意します。

1. 申請者（妊婦健康診査・産婦健康診査受診者、新生児聴覚スクリーニング検査受検者の保護者）

申請検査	<input type="checkbox"/> 妊婦健康診査 <input type="checkbox"/> 産婦健康診査 <input type="checkbox"/> 新生児聴覚スクリーニング検査		
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			
住所	申請者の 現住所	〒 (☎ - -)	
	受診日にお ける住所	※現住所と異なる場合はご記入ください 〒 川越市	
母子健康手帳交付日	年 月 日	出産日	年 月 日
受診（受検）医療機関等			
名称 住所 電話番号			

2. 振込口座

下記の金融機関口座（原則、1. 申請者の口座）への振込みを希望します。

【受取口座記入欄】

金融機関名	支店名または店名	預金種別 または 預金種目	口座番号 (右詰めでご記入ください)
1.銀行 2.金庫 3.信組 4.農協	本・支店 本・支所 出張所	1.普通 2.当座	
金融機関コード	支店コード		
フリガナ			
口座名義人 (通帳の表記に合わせてください)			

※ゆうちょ銀行を選択される場合は、「振込用の店名・預金種目・口座番号（7桁）」（通帳見開き下部に記載）をご記入ください。

※裏面も必ずご確認のうえご記入ください

※口座名義人が申請者と異なる場合は、下記「委任状」に記入してください

委任状

私は、振込先口座名義人に妊産婦健康診査等助成金の受領を委任します。

年 月 日 委任者氏名（申請者）

<申請要件・注意事項>

- 妊婦健康診査若しくは産婦健康診査を受診した日又は新生児聴覚スクリーニング検査を受検した日に、川越市に住民登録がある方が対象です。
- 助成上限金額と実際に支払った金額を比較し、少ない方の金額を助成します。また、実施しなかった検査は助成の対象にはなりません。
- 助成金の交付申請は、出産日から起算して1年未満（お子さんの1歳の誕生日の前日まで）です。

<必要書類>

- 川越市妊婦健康診査等助成金交付申請書兼請求書
- 母子健康手帳
- 未使用の助成券
- 医療機関の名称、受診日が明記された領収書
- 領収（診療）明細書
- 申請者名義の通帳等の写し

川越市使用欄（記入しないでください）

検査名	受診年月日	決定額	検査名	受診年月日	決定額	
HIV 抗体	年 月 日	円	⑧	年 月 日	円	
子宮頸がん	年 月 日	円	⑨	年 月 日	円	
①	年 月 日	円	⑩	年 月 日	円	
②	年 月 日	円	⑪	年 月 日	円	
③	年 月 日	円	⑫	年 月 日	円	
④	年 月 日	円	⑬	年 月 日	円	
⑤	年 月 日	円	⑭	年 月 日	円	
⑥	年 月 日	円	HTLV-1 抗体	年 月 日	円	
⑦	年 月 日	円	性器クラミジア	年 月 日	円	
産婦健康診査①	年 月 日	円	検査結果			
			こころの健康チェック			
産婦健康診査②	年 月 日	円	検査結果			
			こころの健康チェック			
新生児聴覚	年 月 日	円	1.AABR	右耳	1パス 2リファー	氏名
			2.OAE	左耳	1パス 2リファー	
新生児聴覚	年 月 日	円	1.AABR	右耳	1パス 2リファー	氏名
			2.OAE	左耳	1パス 2リファー	
新生児聴覚	年 月 日	円	1.AABR	右耳	1パス 2リファー	氏名
			2.OAE	左耳	1パス 2リファー	