

第 1 号様式（第 4 条関係）

逗子市妊産婦等健康診査及び新生児聴覚検査補助金申請書

年 月 日

逗 子 市 長

住所

申請者 氏名

電話番号

逗子市妊産婦等健康診査及び新生児聴覚検査補助金実施要綱第 4 条に基づき、証明書類を添えて次のとおり申請します。

なお、補助金の交付事務に当たり、私の住民票記載事項について確認すること及び領収書の内容について領収書発行医療機関に確認することに同意します。

対象者氏名	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名					
		住所				
補助券番号		出産予定日	年	月	日	
申請理由	1 契約外医療機関・助産所で受診したため 理由： ☐ 里帰り ☐ その他（ ） 2 妊産婦健康診査費用が補助券等記載金額未満であったため 3 その他（ ）					

妊産婦健康診査	医療機関名 住所・電話番号						
補助券種類	受診日	受診費用	補助金額	補助券種類	受診日	受診費用	補助金額
医療機関専用券				13 回目			
2 回目				14 回目			
3 回目				※15 回目			
4 回目				※16 回目			
5 回目				※17 回目			
6 回目				※18 回目			
7 回目				※19 回目			
8 回目				産後健診補助額(1 回目)			
9 回目				産後健診補助額(2 回目)			
10 回目				※15 回目～19 回目は多胎妊娠が対象となる。			
11 回目				(妊婦健康診査合計額)			
12 回目				(備考)			
(1 か月児健診) 受診日 . .	受診費用	補助額	医療機関名 () 住所・電話番号				
(新生児聴覚検査) 受検日 . .	受検費用	補助額	医療機関名 () 住所・電話番号				
(振込先)	銀行・信用金庫			本店・支店			
普通・当座	(口座番号)			(フリガナ 口 座 名 義 人)			