

白石市妊産婦健康診査・新生児聴覚検査・1か月児健康診査費助成申請書

年 月 日

（宛先）白石市長

申請者 氏名 _____

下記健康診査及び検査の費用助成について下記のとおり申請します。

申請者	郵便番号	—	電話番号	—	—
	現住所	白石市			
	フリガナ	妊産婦健診分の申請がある場合は、申請者は妊産婦本人(母)でお願いします。 お子さん分のみ(新生児聴覚、1か月児健診)の場合は、申請者は保護者でお願いします。			
	氏名				
	出産予定日 または出産日	年 月 日 (予定 ・ 出産)	母子健康手帳番号		
対象児	フリガナ				
	氏名				
申請金額（以下に裏面の金額を転記してください。申請のない項目は記載不要です。）					
① 妊婦健康診査		② 産婦健康診査		③ 新生児聴覚検査	
金 円		金 円		金 円	
				④ 1か月児健康診査	
				金 円	
申請金額合計 金 円・・・①+②+③+④					

*補助金上限額と自己負担額のいずれか低い方の額が補助金申請額となります。補助金上限額は、助成券に記載されている額をご確認ください。

振込先口座

申請者の口座と異なる口座を希望される場合は委任状が必要です。

金融機関名		本・支店名		金融機関コード			支店コード		
銀行・信用金庫 信用組合 農協・漁協		本・支店 本・支所 出張所							
口座種別	口座番号（右詰で記入）			口座名義（カタカナ）					
1 普通 ・ 2 当座									

以下について、ご確認の上、をつけてください。

<input type="checkbox"/>	助成金交付の審査のために必要な範囲の事項について関係機関に照会することに同意します。
<input type="checkbox"/>	白石市が交付の資格審査のため、必要な範囲において、住民基本台帳の記録に関する事項について照会・確認することについて同意します。 ※同意されない場合は、申請者及び対象児の住民票の写しを提出してください。（対象となるすべての健診・検査終了後に取得し、受診時点で白石市民であることが確認できるもの）

◆**妊婦健康診査**◆ *助成券を使用せず受診した健診分のみご記入ください。

助成券の種類	受診年月日	健診時の 妊娠週数	自己負担額 ※保険適用外分	補助金 申請額
初回券	年 月 日	週	円	円
2回目	年 月 日	週	円	円
3回目	年 月 日	週	円	円
4回目	年 月 日	週	円	円
5回目	年 月 日	週	円	円
6回目	年 月 日	週	円	円
7回目	年 月 日	週	円	円
8回目	年 月 日	週	円	円
9回目	年 月 日	週	円	円
10回目	年 月 日	週	円	円
11回目	年 月 日	週	円	円
12回目	年 月 日	週	円	円
13回目	年 月 日	週	円	円
14回目	年 月 日	週	円	円
多胎初回券	年 月 日	週	円	円
2回目	年 月 日	週	円	円
3回目	年 月 日	週	円	円
4回目	年 月 日	週	円	円
5回目	年 月 日	週	円	円
6回目	年 月 日	週	円	円
7回目	年 月 日	週	円	円
妊婦健康診査費申請合計額			回分	① 円

<自己負担額>
 保険診療分は含まれません。
 <補助金申請額>
 自己負担額のうち、助成券に書かれている金額を
 上限とします。
 ※診療明細書から転記する必要があります。窓口
 にて確認しますので、空欄でお持ちいただいても構
 いません。

◆**産婦健康診査**◆ *助成券を使用せず受診した健診分のみご記入ください。

助成券の種類	助成対象となる 健診受診年月日	健診時の 産後週数	自己負担額 ※保険適用外分	補助金 申請額
産後2週間頃	年 月 日	産後 週	円	円
産後1か月頃	年 月 日	産後 週	円	円
産婦健康診査費申請合計額			回分	② 円

◆**新生児聴覚検査**◆ *助成券を使用せず受検した健診分のみご記入ください。

検査の種類	助成対象となる 検査実施日	実施日の 日齢	自己負担額 ※保険適用外分	補助金 申請額
初回検査	年 月 日	生後 日	円	円
確認検査	年 月 日	生後 日	円	円
新生児聴覚検査合計額			回分	③ 円

◆**1か月児健康診査**◆ *助成券を使用せず受診した健診についてご記入ください。

受診日	令和 年 月 日 (生後 日)		
自己負担額 ※保険適用外分	円	1か月児健康診査 補助金申請額	④ 円