

申請者は妊婦（産婦）

フリガナ	トコロザワ ハナコ	生年月日	Y 年 M 月 D 日
申請者氏名	所沢 花子	電話番号	010-1234-5678
住所 (受診日現在の住民登録地)	郵便番号 359-0025 所沢市上安松1224-1		

次のとおり妊産婦健康診査又は新生児聴覚検査を受診したので、所沢市妊産婦健康診査助成金・新生児聴覚検査助成金交付要綱第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、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受診した医療機関等に問い合わせることに同意します。

受診医療機関名	〇〇〇産婦人科			
受診医療機関	□□県●●市◇◇1-1-1			
記入不要 項目に相 互に検査 の受診年月日 (該当する 項目に日付 を記入して ください。)	婦HIV抗体検査助成券	年 月 日	妊婦健康診査助成券⑨	年 月 日
	宮頸がん検査助成券	年 月 日	妊婦健康診査助成券⑩	年 月 日
	妊婦健康診査助成券①	年 月 日	妊婦健康診査助成券⑪	年 月 日
	妊婦健康診査助成券②	年 月 日	妊婦健康診査助成券⑫	年 月 日
	妊婦健康診査助成券③	年 月 日	妊婦健康診査助成券⑬	年 月 日
	妊婦健康診査助成券④	年 月 日	妊婦健康診査助成券⑭	年 月 日
	妊婦健康診査助成券⑤	年 月 日	HTLV-1抗体検査助成券	年 月 日
	妊婦健康診査助成券⑥	年 月 日	性器クラミジア検査助成券	年 月 日
	妊婦健康診査助成券⑦	年 月 日	新産	月 日
	妊婦健康診査助成券⑧	年 月 日	産	月 日

請求額決定後に記入

請求金額 金 円

<振込先>

金融機関の名称	〇〇〇〇	銀行・農協 信用金庫	所沢	本店
預金の種類	1 普通	2 当座	口座番号	1234567
フリガナ	トコロザワ ハナコ			
口座名義人	所沢 花子			

(注1) この申請書に次の書類を添付してください。

- ① 助成券
- ② 受診費用を証明する書類(受診医療機関の名称・)
- ③ 母子健康手帳の写し※母子健康手帳の提示でも

申請者と口座名義人は同一  
※旧姓口座原則不可

(注2) 「金融機関の名称」及び「預金の種類」は、該当する箇所を○で囲んでください。

(注3) 助成金の交付の申請は、出産の日から起算して1年以内に行ってください。