

## 健康診査等費用助成申請書

年 月 日

和光市長 宛

申請者

住 所

氏 名

電話番号

※申請者は、下記申請内容が1・3の場合は妊産婦、  
※2・4の場合は新生児の保護者に限る。

健康診査等費用負担金を、下記のとおり申請します。

なお、本申請に基づく助成金の支給決定にあたり、受診内容等の確認が必要な場合には、市が受診医療機関等へ問い合わせることに同意します。

## 記

## 申請内容

1	妊婦健康診査	円
2	新生児聴覚スクリーニング検査	円
3	産婦健康診査	円
4	1か月児健康診査	円

## 振込先

金融機関名	銀行・農協 信用金庫	支店・本店 出張所
口座番号	普通・当座	
(フリガナ)		
口座名義人		

申請者以外の口座である場合は以下にご記入ください。(新生児の保護者に限る。)

申請者である私は、上記負担金の受領を以下の者に委任します。

受任者氏名		申請者との続柄	
住所			
電話番号			

## 添付書類

- 助成券(検査結果、医療機関名などの記載があるもの)
- 領収書(受診者、検査内容、料金内訳が記入してある書類。レシートは不可。)
- 明細書(検査日、検査内容、金額がわかるもの)
- 母子健康手帳の「妊娠中の経過」の写し(明細書で検査日や検査内容が確認できない場合のみ)
- その他市長が必要と認めるもの

該当する申請内容にチェックを入れてください。

妊婦健診

実施時期(目安)		助成券	助成額 (上限額)	申請の有無
妊娠 初期	～妊娠4か月 (～妊娠15週)	HIV抗体検査助成券	2,290円	
		子宮頸がん検診助成券	3,500円	
		妊婦健康診査助成券①	14,120円	
		妊婦健康診査助成券②	5,060円	
妊娠 中期	妊娠5～7か月 (妊娠16週～27週)	妊婦健康診査助成券③	8,060円	
		妊婦健康診査助成券④	5,060円	
		妊婦健康診査助成券⑤	5,060円	
		妊婦健康診査助成券⑥	8,160円	
妊娠 後期	妊娠8か月～ (妊娠28週～)	妊婦健康診査助成券⑦	5,060円	
		妊婦健康診査助成券⑧	5,060円	
		妊婦健康診査助成券⑨	5,060円	
		妊婦健康診査助成券⑩	8,860円	
		妊婦健康診査助成券⑪	6,460円	
		妊婦健康診査助成券⑫	8,160円	
		妊婦健康診査助成券⑬	5,060円	
妊婦健康診査助成券⑭	5,060円			
妊娠30週頃までに実施		HTLV-1抗体検査	3,040円	
妊娠30週頃までに実施		性器クラミジア検査	2,000円	

新生児聴覚スクリーニング

実施時期(目安)	助成券	助成額 (上限額)	申請の有無
生後1か月までに実施	新生児聴覚スクリーニング 検査助成券	自動ABR 5,000円	
		OAE 3,000円	

産婦健診

実施時期(目安)	助成券	助成額 (上限額)	申請の有無
出産後概ね2週間	産婦健康診査助成券①	5,000円	
出産後概ね1か月	産婦健康診査助成券②	5,000円	

1か月児健康診査

実施時期(目安)	助成券	助成額 (上限額)	申請の有無
出生後27日を超え、 生後6週間までに実施	1か月児健康診査助成券	6,000円	