共通様式第１号（第５条関係）

申請日
（裏面の日付と同日）

令和　〇〇年　〇〇月　〇〇日

狛江市長　宛て

転出した場合は、現住所を記載し
表面下部に転出前の住所を記載する

《申請者記入欄》

郵便番号：　201-0003

住所：　狛江市和泉本町〇－〇－〇

氏名：　狛江　花子

（＊妊産婦名を記入）

電話番号：　〇〇－〇〇〇〇－〇〇〇〇

狛江市妊婦健康診査兼新生児聴覚検査受診費助成金交付申請書

狛江市妊婦健康診査受診費助成金交付要綱第５条又は狛江市新生児聴覚検査受診費助成金交付要綱第５条の規定により、下記のとおり助成金の交付を申請します。

記

産婦（妊婦）の名前、生年月日等を記入

ふりがな	こまえ　はなこ	生年 月日	〇〇年〇〇月〇〇日
受診者氏名	狛江　花子		
受診した 医療機関名	〇〇病院	出産日 （又は転出日、 最終受診日）	〇〇年〇〇月〇〇日

出産日から１年以内に
申請して下さい
＊１年を超過したものは
助成対象外です

忘れずに〇つけてください

申請する項目に〇を[illegible]ください。

1. 妊婦健康診査（子宮頸がん検診及び超音波検査を含む。）
2. 新生児聴覚検査

申請に必要な書類はありますか。□にチェックを入れてください。

- ☑ 受診した医療機関が発行した申請する受診日の領収書のコピー
- ☑ 上記領収書と一緒に発行された明細書のコピー
- ☑ 申請者の氏名が記載された母子健康手帳の表紙のコピー
- ☑ 母子健康手帳の「妊娠中の経過」欄のコピー
- ☑ （新生児聴覚検査受診費助成金を申請する場合）
  母子健康手帳の新生児聴覚検査の結果が記載されている箇所のコピー
- ☑ 口座手帳のコピー等、振込先の口座情報がわかるもの（申請者本人の物に限る）
- ☑ 未使用の受診票

忘れずにチェックをつけてください

（裏面に続きます）

共通様式第１号（第５条関係）

金額等記入せず、空欄でご提出くださ

申請金額（請求額）　　円

振込先

金融機関名	○○○ 銀行 / 信用金庫 / 農協	○○○ 本店 / 支店 / 出張所								
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	
フリガナ	コマエ　ハナコ									
口座名義	狛江　花子									

※　振込口座は、申請者（妊産婦）本人の名義に限ります。

私は、市が助成金の交付の可否を決定する場合において必要がある場合には、私が妊婦健康診査又は新生児聴覚検査を受診した医療機関に対し、当該決定に関し必要となる事項について、市が照会をすることに同意します。

○○年　○○月　○○日　　申請者氏名　狛江　花子

表面の「申請日」と同日