

申請日（下欄と同日）

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

狛江市長 宛て

☆代理申請の場合も、氏名欄はすべて
産婦（妊婦）の氏名を記入
☆訂正箇所はすべて二重線をひく。

《申請者記入欄》

転出している場合は現在の住所

郵便番号： 201-0003
住所： 狛江市和泉本町〇-〇-〇
氏名： 狛江 花子
電話番号： 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

狛江市妊婦健康診査兼狛江市新生児聴覚検査
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条第1項又は狛江市新生児聴覚検査受診費助成金交付要綱第5条第1項の規定により、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

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	出生日 (又は転出日, 最終受診日)	〇〇年〇〇月〇〇日
受診した 医療機関名	〇〇病院		

出産日から一年以内か？

申請する項目に○を付けてください。

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
- 母子健康手帳（申請の際、必要個所のコピーを取らせていただきます。）
- 未使用の受診票（紛失した際はその旨お伝えください。）

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、市が照会されることに同意します。

申請日（上記と同日）

令和 〇〇年〇〇月〇〇日

申請者氏名 狛江 花子