

様式第 1 号（第 5 条関係）

桶川市妊産婦・乳児健康診査等助成金交付申請書

年 月 日

桶川市長

住 所
申請者 氏 名
電 話

次のとおり妊産婦・乳児健康診査等を受診しましたので、桶川市妊産婦・乳児健康診査等助成金交付要綱第 5 条第 1 項の規定に基づき申請します。また、この申請に基づく交付決定に当たり、確認等が必要な場合は、受診した医療機関等に問い合わせることに同意します。

母子健康手帳交付日		年 月 日		妊 産 婦 生 年 月 日 (妊産婦の助成金のみ記入)		年 月 日	
お子さんの氏名				出 産 (予 定) 年 月 日		年 月 日	
回数	妊産婦健康診査受診日	週数	助成券利用	超音波 検 査	妊産婦健康診査に かかった金額	医療機関名	備考
1	年 月 日		有・無	有・無	円		
2	年 月 日		有・無	有・無	円		
3	年 月 日		有・無	有・無	円		
4	年 月 日		有・無	有・無	円		
5	年 月 日		有・無	有・無	円		
6	年 月 日		有・無	有・無	円		
7	年 月 日		有・無	有・無	円		
8	年 月 日		有・無	有・無	円		
9	年 月 日		有・無	有・無	円		
10	年 月 日		有・無	有・無	円		
11	年 月 日		有・無	有・無	円		
12	年 月 日		有・無	有・無	円		
13	年 月 日		有・無	有・無	円		
14	年 月 日		有・無	有・無	円		
産	年 月 日		有・無		円		
新生児聴覚スクリーニング 検査実施日		月 齢	助成券利用	検査法	新生児聴覚スクリーニン グ検査にかかった金額	医療機関名	備考
年 月 日			有・無	自動 ABR ・ OAE	円		
1 か月児健康診査受診日		月 齢	助成券利用		1 か月児健康診査に かかった金額	医療機関名	備考
年 月 日			有・無		円		

桶川市記入欄

	助成金交付対象受診回数	助成金額	助成金額合計
妊婦健康診査	回	円	円
産婦健康診査	回	円	
新生児聴覚スクリーニング検査	回	円	
1 か月児健康診査	回	円	