

受付日	
受付番号	指令番号

川口市妊婦健康診査・新生児聴覚スクリーニング検査・産婦健康診査助成金交付申請書兼請求書

(あて先)川口市長		申請日(原則出産後又は転出後の日付)	年 月 日
ふりがな			
申請者氏名 (妊産婦健診受診者 ・新生児聴覚検査受検者の母)		生年月日	年 月 日
住所 (現在の住民登録地)	〒		
住所 (妊産婦健診・新生児聴覚検査時の住 民登録地)	〒 川口市		
出産日	年 月 日	電話番号 (平日、日中連絡が取れる番号)	

※申請期限は出産日からお子さまの1歳の誕生日の前日までです。  
 出産前に転出されたかたは出産予定日をご記入ください。

【同意事項】

川口市妊婦健康診査・新生児聴覚スクリーニング検査及び産婦健康診査助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。なお、私は、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、川口市が、受診した医療機関等に妊婦健康診査・新生児聴覚スクリーニング検査・産婦健康診査の内容について問い合わせることに同意します。

【受診医療機関等】

医療機関等名①		電話番号	
住所	〒		
医療機関等名②		電話番号	
住所	〒		

【振り込み希望口座】 ※口座情報については記入間違い、訂正印不可のため記入の際はご注意ください。

金融機関名	銀行 農協 信用金庫		金融機関コード				
種別	1:普通 2:当座	店名	本店 支店 出張所	店コード			
フリガナ							
口座名義人			口座番号				

申請者本人以外の口座に振り込む時には、下記の委任についてご記入ください。

【委任状】

私は、次の者に妊婦健康診査等助成金の受領に関する一切の権限を委任します。

受任者(口座名義人)		委任者(申請者)	
ふりがな		ふりがな	
氏名		氏名	
住所	〒	住所	〒

様式第1号-2

(委託契約外の医療機関で受診した保険適用外の妊婦健康診査・新生児聴覚スクリーニング検査・産婦健康診査)

- ・助成回数は、未使用の助成券の枚数を上限とし、受診日時時点で、川口市に住民登録があるかたが対象になります。また、川口市に転入される前の助成券使用歴も考慮し助成回数を決定いたします。
- ・助成金額は、自己負担した費用の全額ではなく、定められた上限額と自己負担した費用を比較して低いほうの金額になります。産婦健康診査は、母体の健診のみが対象となります。

申請者記入欄				川口市使用欄			
	受診年月日	妊娠週数又は産後何日目か	申請額	領収書確認	未使用助成券	決定金額	備考
1							①基本・風疹・HBs・HCV HIV・子宮頸がん・HTLV-1・クラミジア
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
				請求金額 (記入不要です。)		円	