

記入例

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

全て油性ボールペンで  
ご記入ください。

申請日(原則出産後又は転出後の日付)		令和〇年〇月〇日	
ほけん はなこ			
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)	保健 花子	生年月日	〇年 〇月 〇日
住所 (現在の住民登録地)	〒000-0000 A県B市C区D町0000		
住所 (妊産婦健診・新生児聴覚検査時の住 民登録地)	〒332-0026 川口市南町1-9-20		
出産日	令和〇年 〇月 〇日	電話番号 (平日、日中連絡が取れる番号)	048-256-2022

確実に連絡の取れる連絡先を  
ご記入ください。

※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	保健レディースクリニック	電話番号	000-000-0000
住所	〒000-0000 A県B市C区D町0000		
医療機関等名②		電	
住所	〒		

県名から記入し、  
請求される医療機関名を  
全てご記入ください。

【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	〇×		銀行 農協 信用金庫	金融機関コード	0	0	0	0
種別	1:普通 2:当座	店名	△△	本店 支店 出張所	店コード	0	0	0
フリガナ	ホケン ハナコ		原則、妊産婦のかた本人名義の 口座をご記入ください。					
口座名義人	保健 花子		0	0	0	0	0	0

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)	
フリガナ	ほけん たろう	フリガナ	ほけん はなこ
氏名	保健 太郎	氏名	保健 花子
住所	〒000-0000 A県B市C区D町0000	住所	〒000-0000 A県B市C区D町0000

## 記入例

(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、受診日現在、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めます。
- ・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	令和○年○月○日	36週	9,400円				①基本・風疹・HBs・HCV HIV・子宮頸がん・HTLV-1・クラミジア
2	令和○年○月○日	37週	5,000円				<b>申請者記入欄（太枠の部分）のみ記載してください。</b> 申請額は、領収書に記載されている金額をご記入ください。 川口市が領収書の金額を査定し、保険診療、薬代、物品など助成対象外の金額が差引かれ、決定金額（交付金額）となります。
3	令和○年○月○日	38週	9,400円				
4	令和○年○月○日	39週	9,400円				
5	令和○年○月○日	生後3日目	5,000円				
6	令和○年○月○日	産後30日目	5,000円				
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
				請求金額 (記入不要です。)		円	