

第 1 号様式（第 5 条関係）

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

年 月 日

越谷市長 宛

郵便番号
申請者 住 所
氏 名
電話番号

次のとおり委託機関以外の医療機関等において妊婦健康診査・産婦健康診査・新生児聴覚スクリーニング検査を受診（受検）しましたので、越谷市補助金等の交付手続き等に関する規則第 5 条の規定により、越谷市妊婦健康診査・産婦健康診査・新生児聴覚スクリーニング検査助成金の交付を申請します。

なお、本申請に基づいて、助成金交付の適否に係る審査のため、市が受診医療機関等に受診状況の確認等を行うことに同意します。

※必要事項を記入してください。

申請検査	□妊婦健康診査・□産婦健康診査・□新生児聴覚スクリーニング検査		
受診（受検）者氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日
母子健康手帳 N o		出 産 日	年 月 日
受診（受検）日 における住所	□申請者と同じ 越谷市		
受診（受検）医療機関等①		受診（受検）医療機関等②	
名 称 住 所 電話番号	名 称 住 所 電話番号		
振込先口座	銀行 信用金庫 農協	種別	普通 ・ 当座
	本店 支店	口座番号	
口座名義人	フリガナ		
委 任 状 私は、次の者に越谷市妊婦健康診査・産婦健康診査・新生児聴覚スクリーニング検査助成金の受領を委任します。 受任者（口座名義人） 委任者（申請者） 住所 _____ 住所 _____ 氏名 _____ 氏名 _____ 印			

- 【添付書類】 □未使用の助成券（越谷市発行のもの）
□医療機関等が発行した領収書・明細書（原本）
□母子健康手帳の写し（出生届出済証明等のページ、妊娠中の経過のページ、
出産後の母体の経過のページ等の産婦健診を受診した記録が書かれたページ等、
新生児聴覚検査を受診した記録が書かれたページ等）
□振込先の口座情報部分のコピー

第 1 号様式

< 申請要件・注意事項 > ※お読みになりましたら、□にチェックを入れてください。

□ 妊婦健康診査日若しくは産婦健康診査を受診した日又は新生児聴覚スクリーニング検査を受検した日に、
越谷市に住民登録のある方が対象です。

□ 母子健康手帳の交付日以降の妊婦健康診査を対象とします。

□ 助成回数は、越谷市が発行した助成券の未使用の枚数を上限とします。

□ 助成金額は、自己負担した費用の全額ではありません。定められた助成金額と自己負担した費用を比較して、少ないほうの金額になります。

種 別	申請者記入欄			越谷市使用欄			
	受診（受検）年月日	妊娠週数	申請額	領収書 確認	未使用 助成券	決定金額	備考
妊 婦 健 康 診 査							
産 婦 健 康 診 査				産 婦 健 康 診 査			
新 生 児 聴 覚 スクリーニング検査				新生児聴覚 スクリーニング 検査			
				合 計 額 (記入しないでください)		円	