

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

申請者 郵便番号  
住所  
氏名 **※出産された方**  
電話番号 **※連絡の取れる電話番号**

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
	<b>出産された方の氏名</b>		
母子健康手帳No	<b>越谷市で発行した母子手帳・別冊No</b>	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 <b>ご家族等の住所ではなく、越谷市の住所です</b>		
受診（受検）医療機関等①		受診（受検）医療機関等②	
名称	名称		
住所	住所		
電話番号	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 <b>請求者以外の口座の場合は、下記委任状の記入が必要です。</b>		
<b>委任状</b>			
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 _____ <b>押印お願いします→</b> 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

↑ 必要書類を必ずご準備いただきチェックをお願いします

第1号様式

↓必ず申請要件・注意事項をお読みいただき、チェックをお願いします

- <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							
合計額						記載しないでください	
(記入しないでください)						円	

母子健康手帳の受診日を確認の上、ご記入ください。  
申請額は領収書の健診金額をご記入ください。

産婦健康診査の受診日、新生児聴覚スクリーニング検査の受検日と金額をご記入ください。