

大野城市妊産婦乳児健（検）診・産後ケア事業等助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

大野城市長 宛

申請者 住 所 大野城市
氏 名
電話番号

妊産婦乳児健（検）診・産後ケア事業等に係る費用の助成を受けたいので、次のとおり申請します。
また、当該助成金の交付が決定したときは、交付決定額を請求します。
なお、審査に当たり必要があるときは、市が住民基本台帳を閲覧すること及び受診（検）・利用医療機関等に支払い内容等を確認することに同意します。
※新生児聴覚検査の申請者は、申請の日において受検者と同じ世帯に属する者に限ります。

受診（検）者 （利用者）	フリガナ	生年月日	年 月 日
	氏 名		
	住 所 大野城市 ※申請者と同じ場合は記入不要		

※該当する申請項目に☑

- ☐妊婦健康診査 ☐新生児聴覚検査 ☐産後ケア事業 ☐多胎妊婦健康診査
☐産婦健康診査 ☐1 か月児健康診査

【助成金振込先（申請者と同名義（※））】

銀行 農協 信用 金庫		本店 支店 出張所
普通 ・ 当座		口座番号
口座名義人	(フリガナ)	

申請額合計 ①+②+③+④+⑤+⑥	円
----------------------	---

1 妊婦健康診査

回数	回	①申請額	円
----	---	------	---

2 新生児聴覚検査

子の氏名		生年月日	年 月 日
住 所 (申請者と違う場合)	※申請者と同じ場合は記入不要		
回 数	検査内容	②申請額	円
初回検査	AABR ・ OAE		
確認検査	AABR ・ OAE		

3 産後ケア事業

回数	回（日）	③申請額	円
----	------	------	---

4 多胎妊婦健康診査

回数	回	④申請額	円
----	---	------	---

5 産婦健康診査

回数	回	⑤申請額	円
----	---	------	---

6 1 か月児健康診査

子の氏名		生年月日	年 月 日
住 所 (申請者と違う場合)	※申請者と同じ場合は記入不要		
⑥申請額	円		

※申請者氏名と異なる名義の口座に振込を希望する場合、下欄に記入をお願いします。

委任状 私は、口座名義人に助成金の受領に関する一切の権限を委任します。 年 月 日 申請者氏名 印
--

添付書類

- (1) 受診をした医療機関等が発行する妊婦健康診査、新生児聴覚検査、産後ケア事業、産婦健康診査又は1 か月児健康診査の自己負担額に係る領収書の写し
- (2) 自己負担健診等の額が確認できる明細書等の写し
- (3) 受診した項目に該当する受診券等の原本（多胎妊婦健康診査は妊婦健康診査受診券の全ての本人控えの写し）
- (4) 母子健康手帳の記録等、受けた内容項目に該当する記録欄の写し
- (5) 振込先口座の通帳又はキャッシュカードの写し（口座番号等確認用）