共通様式第１号

＜記入例＞

大野城市妊産婦乳児健（検）診・産後ケア事

※１　提出する日を記入してください。

令和〇年〇月〇日

大野城市長　宛

申請者　住　　所　大野城市曙町２－２－１
氏　　名　大野　まどか
電話番号　〇〇〇－〇〇〇〇－〇〇〇〇

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一の世帯に属する者に限ります。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 受診（検）者（利用者） | フリガナ　オオノ　マドカ | 生年月日 | 〇〇〇〇年〇月〇日 |
| | 氏　名　大野　まどか　印 | | |
| | 住　所　大野城市<br>※申請者と同じ場合は記入不要 | | |

※該当する申請項目に☑

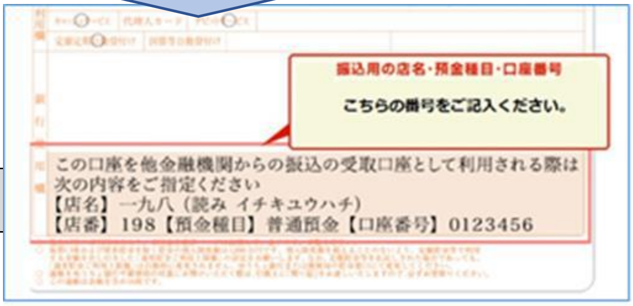
☐妊婦健康診査　☑新生児聴覚検査　☐産後ケア事業　☐多胎妊婦健康診査
☑産婦健康診査　☑１か月児健康診査

【助成金振込先（申請者と同名義（※））】

| | |
|---|---|
| ※２ | |
| 普通　・　当座 | |
| 口座名義人 | （フリガナ） |

※２　振込先は、申請者本人名義の口座を記入ください
申請者以外の口座を指定の場合、委任状欄 ※5へ記入が必要です
振込先がゆうちょ銀行の場合は、通帳２ページ目にある『振込用の店名・預金種目・口座番号』を記入します
農協などは、正式名称（JA〇〇ではなく〇〇農業協同組合など）で記入してください

〈ゆうちょ見本〉




| 請求額合計<br>①+②+③+④+⑤+⑥ | 円 |
|---|---|

1　妊婦健康診査

| 回数 | 回 |
|---|---|

2　新生児聴覚検査

| 子の氏名 | 大野　ジョー | 生年月日 | 令和〇年〇月〇日 |
|---|---|---|---|
| 住　所<br>（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 | | |
| 初回検査 | AABR・OAE | | |
| 確認検査 | AABR・OAE | | |

※３　≪ご注意ください≫
助成金額には上限があります
申請額に誤りがあると、申請書の再提出が必要となります
※わからないときは、空欄のままで提出してください。

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 | 2　回 | ⑤申請額 | 円 |
|---|---|---|---|

6　1か月児健康診査

| 子の氏名 | 大野　ジョー | 生年月日 | 令和〇年〇月〇日 |
|---|---|---|---|
| 住　所<br>（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　　※4　　印

※4　申請者本人名義の口座でない場合は、上記の委任状欄を記入し、押印してください

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）