

記入例

さいたま市産婦健康診査・新生児聴覚検査費助成金支給申請書

申請される日を忘れずに
ご記入ください。

年 月 日

(宛先) さいたま市長

上記の助成金の支給
なお、本申請に基づ
を含む。)に受診状

**※原則、自署でご記入ください。
修正液、修正テープは使用できません。
(訂正箇所は二重線で訂正し、訂正サインをご記入ください。)**

診医療機関等(助産所

1 申請者(産婦健康診査受診者)

フリガナ 産婦氏名 (自署)		出生日	年 月 日
フリガナ 産婦氏名 (自署)		生年月日	年 月 日
住所	受診者の 現住所	さいたま市中央区鈴谷7-5-12 (電話番号〇〇〇-△△△-□□□□) ※必ず日中連絡がとれる番号をご記入ください。	
	受診日 における住所	※現住所と異なる場合はご記入ください さいたま市 区	
健康診査等 の種類		申請される健康診査等に○をしてください。 産婦健康診査 ・ 新生児聴覚検査	
受診医療機関等		(名称)	(所在地) 〒 都道 府県 TEL :
受診年月日		産婦健康診査 年 月 日	新生児聴覚検査 年 月 日

産婦健康診査受診者が申請者になります。

定期預金の口座には振込みできません。
どちらかに○をしてください。

ゆうちょ銀行口座に振込みを受ける際、振込用口座番号は7桁になります。不明な方は郵便局・ゆうちょ銀行の窓口にお問合せください。また、店名は通帳に記載がありますので、ご確認ください。

口座の種類	普通 ・ 当座	銀行・信用金庫 豊協・()	本店・支店 店・出張所
フリガナ 口座名義人	スズヤ ハナコ 鈴谷 花子	口座名義を旧姓使用されている 場合、チェック欄にご記入下さい→	レ点 ▲

口座名義が旧姓の方はレ点チェックをいれていただき、振込前に口座名義を変更しないでください。

※申請者以外の口座に振込希望の方は、必ず裏面の委任状をご記入ください。
※委任状は原則自署でご記入ください(自署であれば押印は不要です)。

※産婦健康診査の申請は下記の記載がある助成券であるか、ご確認ください。

- ・医療機関の検査結果及び証明印
- ・こころの健康チェック

産婦健康診査の項目(注)を実施していない場合は、対象とならない場合があります。

医療機関で記載された助成券の上記の2つの項目に、レ点・点数が
記入されているか確認してください。
記入されていたら、レ点をご記入ください。

- 医療機関の検査結果及び証明印の記載がある未使用の助成券(さいたま市発行のもの)
- 振込先の口座情報部分のコピー
- 医療機関又は助産所が発行した領収書と明細書のコピー
- 母子健康手帳の「表紙」と「出産後の母体の経過」「新生児聴覚検査」等の健診結果が記載されているページのコピー
(氏名の記載をお願いします)

裏面の注意事項等も必ずご確認ください。

★助成額は医療機関で支払った全額ではありません。

自費で支払った額と助成券で定められた上限額を比較して少ない方の金額となります。
助成金の対象は、産婦健康診査助成券に記載のある項目で、年度によって異なります。

産婦 ・ 聴覚	—		
---------	---	--	--

*申請者以外の口座に振り込むときは、下記の委任について記入してください。

私は、次の者に産婦健康診査費・新生児聴覚検査費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）

住所 さいたま市中央区鈴谷7-5-1

氏名 埼玉 太郎

申請者との続柄（ ）

例：夫 など

委任者（申請者）

住所 さいたま市中央区鈴谷7-5-1

氏名 埼玉 花子



押印（通帳印でなくてOK）は、自署でない場合必須です。

<備考>

決定通知書等の送付先が前頁の「現住所」欄と異なる場合はこちらにご記入ください。

<申請要件・注意事項>

- 申請書は原則自署でご記入ください。自署であれば、委任欄の押印は不要です。代筆、ワード等電子作成文書の場合は、押印が必要です。
- 産婦健康診査・新生児聴覚検査受診日に、さいたま市に住民票のある方が対象となります。
- 医療法に定める病院、診療所及び助産所のうち、さいたま市と委託契約をしていない医療機関等で受診した産婦健康診査・新生児聴覚検査が対象となります。
- 産婦健康診査は原則、基本的な健診とこころの健康チェックの両方実施した産婦健康診査が助成対象となります。新生児聴覚検査は原則、入院中に実施した初回検査となります。確認検査は対象外です。
- 助成金の支給金額は、自己負担をした費用の全額ではありません。申請額のうち、定められた助成金額と自己負担をした費用を比較して少ないほうの金額になります。
- 産婦健康診査助成券の有効期限は、出産後概ね1か月とします。新生児聴覚検査助成券の有効期限は、出生後概ね6か月とします。
- 助成金額は、受診年月日の属する年度の額となります。
- 申請期限は、出産日の翌日から起算して1年以内となります。
(期限の日が土・日祝日の場合は、翌日を期限とします。)

<さいたま市使用欄>

■産婦健康診査

受診年月日	領収書	助成券		助成決定額
年 月 日		項目	検査結果及び証明印 こころの健康チェック	円

■新生児聴覚検査

受診年月日	領収書	助成券または検査結果がわかる書類		助成決定額
年 月 日		項目	AABR OAE	円