

記入例

【申請書のご記入を始める前に必ずご確認ください】

- 新生児聴覚検査 または 産婦健診の実施時に、産婦の住民票がさいたま市にあった。
 ⇒ この様式で産婦健診 及び 新生児聴覚検査費助成金をご申請いただけます。
 (この様式は、産婦の住民票がさいたま市にある時に受けた健診等のみが対象です。)

※上記以外の場合も、新生児聴覚検査費のみご申請いただける場合がございます。詳しくは母子保健課 (048-829-1586)へ。

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

(宛先) さいたま市長

申請される日を忘れずに
ご記入ください。 年 月 日

上記の助成金の
なお、本申請に
等を行うことに同

※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。)

に実施状況の確認

○ 申請者や受

1. 申請者の情報

(フリガナ)		出産日	年 月 日
産婦氏名		産婦 生年月日	年 月 日
実施日における住所	〒330-9588 さいたま市 浦和 区 常盤 6-4-4 (電話番号 012-3456-7890) ※必ず、日中連絡がとれる番号をご記入ください。	産婦健康診査受診者が 申請者になります。	
現住所	※実施日の後に引越などにより住民票を移した場合のみ、現在のご住所をご記入ください。 〒 産婦健康診査と新生児聴覚検査を異なる医院で実施した場合、 それぞれご記入ください。		

実施医療機関等 1	産婦 聴覚	医療機関等の名称、所在地(郵便番号・住所)、電話番号をご記入ください。 名称: ○○産婦人科 所在地: 〒012-3456 埼玉県○○市××-▲▲ 電話番号: 0123-45-6789
実施医療機関等 2	産婦 聴覚	名称: 所在地: 〒 電話番号:

○ 申請する助成金について、受診日をご記入ください。(片方のみの申請も可能です。)

2. 産婦健康診査の受診日 3. 新生児聴覚検査の受診日

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。	年 月 日
---	-------

※産婦健康診

- 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。
- (注)・基本的な産婦健康診査(問診・診察、血圧測定、体重測定、尿検査)・こころの健康チェック

裏面の注意事項等も
必ずご確認ください

【振込先】(振込先が申請者とは異なる場合は委任)

金融機関名	支店名	本店・支店 店・出張所
口座種別	普通	当座
(フリガナ)	口座番号	レ点
口座名義人	口座名義を旧姓使用されている場合は、左の欄に ✓をご記入ください。 ※お振込みできなくなりますので、申請～振込完 了までは名義変更することのないよう注意くだ さい。	

ゆうちょ銀行口座の振込用口座番号は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。

定期預金の口座には振込みできません。
どちらかに○をつけてください。

＜さいたま市使用欄＞※記入不要

処理番号	交付決定額(円)
産婦・聴覚	-

口座名義が旧姓の方はレ点(✓)を入れていただき、
申請から振込までの間は口座名義を変更しないでください。

