

【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 産婦健康診の実施時に、産婦の住民票がさいたま市にあった。
 ⇒ この様式で産婦健康診 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康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

年 月 日

(宛先) さいたま市長

上記の助成金の支給を受けたいので、必要書類を添え、次のとおり申請します。
 なお、本申請に基づく助成金の支給決定に当たり、確認等が必要な場合には、市が実施医療機関等(助産所を含む。)に実施状況の確認等を行うことに同意します。

○ 申請者や受診した医療機関についての情報をご記入ください。

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	〒 さいたま市 区 (電話番号 - -) ※必ず、日中連絡がとれる番号をご記入ください。			
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。 〒			

	受診した健診に ○	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。		
実施医療機関等 1	産婦 聴覚	名 称： 所在地：〒 電話番号：		
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。(片方だけの申請も可能です。)

2. 産婦健康診査 の 受診日	3. 新生児聴覚検査 の 受診日
受 診 年 月 日 年 月 日	受 診 年 月 日 年 月 日

※産婦健康診査の申請の際は、助成券に以下の記載があるか、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。

(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方の口座である場合、裏面の<委任>のご記入が必要です。)

金 融 機 関 名	銀行・信用金庫 農協・出張所	支 店 名	本店・支店 店・出張所
口 座 種 別	普通	当 座	口座番号
(フリガナ)			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ご注意ください。
口 座 名 義 人			レ点

<さいたま市使用欄>※記入不要

処理番号	交付決定額(円)	振込年月日
産婦・聴覚 -		

＜委任＞

*産婦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）＞	＜委任者（申請者）＞※自署または記名押印
住所	住所
氏名	氏名
委任者（申請者）との続柄 []	

＜備考＞

※助成金支給決定通知書（申請から約2～3か月で送付）の送付先が表面記載の住所と異なる場合は、こちらに記載してください。

＜添付書類＞ ※詳細は、別途お渡ししている「提出書類チェック表」をご確認ください。

- 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）
- 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」（氏名記載）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
- 振込先の口座情報部分のコピー
- さいたま市産婦健康診査・新生児聴覚検査実施証明書（領収書を紛失した方のみ）

※転出された方は、転出された先の住民票のコピーの提出もお願いいたします。

＜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。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・新生児聴覚検査実施日に、さいたま市に申請者の住民票がある場合にご申請いただけます。

○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実施した産婦健康診査・新生児聴覚検査が助成対象となります。国外の医療機関等で実施した場合は対象外となります。

○産婦健康診査は、基本的な健診とこころの健康チェックを実施している場合に助成対象となります。

○出産後、概ね1か月程度の産婦健康診査が助成対象となります。

○新生児聴覚検査は、初回検査のみ助成対象となります。確認検査は対象外となります。

○原則、出生後28日以内の新生児聴覚検査が助成対象となりますが、出生後28日以内に実施できない事情があった場合には、出生後6か月までの実施であれば、助成対象とすることができます。

○助成金の支給金額は、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となります。

○助成金額は、実施年月日の属する年度で定められます。

○申請期限は、それぞれの受診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・日祝日年末年始の場合は、その翌開庁日を期限とします。）

＜さいたま市使用欄＞

■産婦健康診査

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

■新生児聴覚検査

受診年月日 年 月 日	領収書	項目	助成券		助成決定額 円
			A A B R		
			O A E		