

健康診査等助成金交付申請書兼報告書（請求書）

相模原市長 あて

R7 年 4 月 1 日

申請者 申請者は、原則、妊産婦（児の母）又はその配偶者（児の父）

記入例

住所 〒 252 - 5277 相模原市 中央 区 中央2-11-15

氏名 相模 花子

連絡先 042-769-8345

※平日昼間に連絡のつく電話番号をご記入ください

申請に
す。また
等に受診
払い、下
記の口座
みをもっ
て請求

母子健康手帳別冊の表紙に記入されている受診番号を記入

給資格を確認すること、誤りがあった場合には市が補正することに同意しま
る書類等を提出することを承諾します。また、必要な場合には、市が医療機関
定後は、この申請書を請求書として取り扱うことに同意します。助成金の支
みをもつて請求

妊産婦（母） 受診番号	0	0	1	2	3	4	5	6	7	8	母子健康手帳交付日	令和6年 6月 1日									
フリガナ	サガミ ハナコ										※交付後に転入した場合は転入日										
妊産婦氏名	相模 花子										出産日（出産前の場合は出産予定日） ※ 出産前に転出した場合は転出日	令和7年 2月 15日									
妊産婦住所 ※申請者と異なる場合	相模原市 区																				
フリガナ	サガミ タロウ										受診番号（子）	0	0	8	7	6	5	4	3	2	1
対象児（子）氏名	相模 太郎										□多胎（双子等） 裏面へ		生年月日（子）	令和7年 2月 15日							

妊婦健康診査	未使用の 母子健康手帳に記載されている	市記入欄	申請理由	☒ 妊婦健康診査の補助券を使用できなかったため ☐ 妊婦健康診査費用が補助券額未満であったため ☐ その他（ ）		
	☒ C票	令和7年 1月 15日	☐ 12,000 円	☒ E1票	令和7年 2月 3日	☐ 6,000 円
	☐ D1票	年 月 日	☐ 5,000 円	☒ E2票	令和7年 2月 10日	☐ 6,000 円
	☐ D2票	年 月 日	☐ 5,000 円	☐ E3票	年 月 日	☐ 6,000 円
	☐ D3票	年 月 日	☐ 5,000 円	☐ E4票	年 月 日	☐ 6,000 円
	☐ D4票	年 月 日	☐ 5,000 円	☐ E5票	年 月 日	☐ 6,000 円
	☐ D5票	年 月 日	☐ 5,000 円	☐ F1票	年 月 日	☐ 5,000 円
	☐ D6票	年 月 日	☐ 5,000 円	☐ F2票	年 月 日	☐ 5,000 円
	☐ D7票	年 月 日	☐ 5,000 円	☐ F3票	年 月 日	☐ 5,000 円
	☒ D8票	令和7年 1月 25日	☐ 5,000 円	(市記入欄) 助 成 額 計 円		
産婦健康診査	受診した健診	健診日	健診費用総額	(市記入欄) 助成金額	助 成 額 計	
	産後2週間健診	令和7年 3月 1日	5,000 円		円	
	産後4週間健診	令和7年 3月 15日	5,000 円		円	
新生児聴覚検査	検査方法	☒ 自動ABR ☐ ABR ☐ OAE	検査日	令和7年 2月 17日	検査費用	5,000 円
	(市記入欄) 助成金額 ☐ 5,000円(ABR) ☐ 2,200円(OAE) ☐ 円		(市記入欄) 合計助成額 円			
1か月児健康診査	受診日	R7年 4月 1日	健診費用総額	(市記入欄) 助成金額	円	
	5,000 円		☐ 5,000円	円		

振込指定先	金融機関名	銀行・金庫 信用組合・農協 本店 支店（所）・出張所										預金種別	普通預金
	金融機関コード	1	2	3	4	支店コード	5	6	7				
	口座番号	7	6	5	4	3	2	1	口座名義 (カタカナ)	サガミ ハナコ			

●申請に必要な書類

妊婦健康診査

※ご提出いただいた領収書・明細書はお返ししませんので、原本が必要な方はコピーをご提出ください。

- ☐ 母子健康手帳「妊娠中の経過」ページのコピー
☐ 使用できなかった補助券（出生後又は転出後に申請する場合は未使用の補助券全て提出）
☐ 領収書（原本またはコピー）
☐ 明細書（原本またはコピー）※領収書で検査費用を確認できる場合は明細書は不要です。

産婦健康診査

- ☐ 産婦健康診査補助券（結果の記入があるもの）
☐ お母さんの気持ち質問票
☐ 領収書（原本またはコピー）
☐ 明細書（原本またはコピー）※領収書で検査費用を確認できる場合は明細書は不要です。

新生児聴覚検査

- ☐ 受診券（検査実施機関による結果記入があるもの）
 ※受診券に結果記入がない場合は、「保護者記入欄」のみ記入した受診券とあわせて、母子健康手帳のコピー等、結果が確認できるものも提出してください。
☐ 領収書（原本またはコピー）
☐ 明細書（原本またはコピー）※領収書で検査費用を確認できる場合は明細書は不要です。

1か月児健康診査

- ☐ 補助券（健康診査実施機関による結果記入があるもの）
☐ 領収書（原本またはコピー）
☐ 明細書（原本またはコピー）※領収書で検査費用を確認できる場合は明細書は不要です。

●住所変更に係る申立書（受診・受検時の住所が現住所と異なる場合にご記入ください。）

下記のとおり、住所変更しましたので申し立ていたします。

受診・受検時住所 相模原市 区

受診・受検時の氏名

異動（変更）日 年 月 日

申請時の住所・氏名と受診・受検時の住所・氏名が異なる場合は変更前の住所・氏名を記入

●多胎児（双子以上）の場合（お2人目以降のお子様についてご記入ください。）

《2人目》

フリガナ				受診番号 (子)	0	0										
対象児 (子) 氏名				生年月日 (子)			年			月			日			
☐ 新生児聴覚検査	検査方法	☐ 自動ABR	☐ ABR	☐ OAE	検査日	年			月			日		検査費用	円	
	(市記入欄) 助成金額 ☐ 5,000円(ABR) ☐ 2,200円(OAE) ☐ 円															(市記入欄) 合計助成額
☐ 1か月児健康診査	受診日		健診費用総額		(市記入欄) 助成金額											
	年 月 日		円		☐ 5,000円 円			円								

《3人目》

フリガナ				受診番号 (子)	0	0										
対象児 (子) 氏名				生年月日 (子)			年			月			日			
☐ 新生児聴覚検査	検査方法	☐ 自動ABR	☐ ABR	☐ OAE	検査日	年			月			日		検査費用	円	
	(市記入欄) 助成金額 ☐ 5,000円(ABR) ☐ 2,200円(OAE) ☐ 円															(市記入欄) 合計助成額
☐ 1か月児健康診査	受診日		健診費用総額		(市記入欄) 助成金額											
	年 月 日		円		☐ 5,000円 円			円								

備考