

健康診査等助成金交付申請書兼報告書（請求書）

年 月 日

申請者

住所 (〒) 相模原市 区

氏名 _____ 連絡先 _____

※平日昼間に連絡のつく電話番号をご記入ください。

申請にあたり、相模原市（以下「市」という。）が公簿等で受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す。また、公簿等で確認できない事項があった場合は、市が求め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、市が医療機関等に受診状況及び受検状況を確認することを承諾します。支給決定後は、この申請書を請求書として取り扱うことに同意します。助成金の支払いは、下記の口座へ振り込んでください。なお、請求者（申請者）と口座名義人が異なる場合は、口座名義人を代理人とし、下記口座への振込みをもって請求金の受領と認めます。

妊産婦（母） 受診番号												母子健康手帳交付日										年	月	日								
フリガナ										※交付後に転入した場合は転入日																						
妊産婦氏名										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													年	月	日							
妊産婦住所 ※申請者と異なる場合		相模原市 区																														
フリガナ										受診番号 (子)																						
対象児(子)氏名	<input type="checkbox"/> 多胎（双子等） 裏面へ									生年月日（子）																				年	月	日

□妊婦健康診査	未使用の補助券	母子健康手帳に記載されている「受診日」	市記入欄 認定助成金額	申請理由		<input type="checkbox"/> 妊婦健康診査の補助券を使用できなかったため <input type="checkbox"/> 妊婦健康診査費用が補助券額未満であったため <input type="checkbox"/> その他（ ）					
	<input type="checkbox"/> A票	年 月 日	<input type="checkbox"/> 23,000円 円								
	<input type="checkbox"/> B票	年 月 日	<input type="checkbox"/> 10,000円 円	未使用の補助券	母子健康手帳に記載されている「受診日」			市記入欄 認定助成金額			
	<input type="checkbox"/> C票	年 月 日	<input type="checkbox"/> 12,000円 円	<input type="checkbox"/> E1票	年 月 日			<input type="checkbox"/> 6,000円 円			
	<input type="checkbox"/> D1票	年 月 日	<input type="checkbox"/> 5,000円 円	<input type="checkbox"/> E2票	年 月 日			<input type="checkbox"/> 6,000円 円			
	<input type="checkbox"/> D2票	年 月 日	<input type="checkbox"/> 5,000円 円	<input type="checkbox"/> E3票	年 月 日			<input type="checkbox"/> 6,000円 円			
	<input type="checkbox"/> D3票	年 月 日	<input type="checkbox"/> 5,000円 円	<input type="checkbox"/> E4票	年 月 日			<input type="checkbox"/> 6,000円 円			
	<input type="checkbox"/> D4票	年 月 日	<input type="checkbox"/> 5,000円 円	<input type="checkbox"/> E5票	年 月 日			<input type="checkbox"/> 6,000円 円			
	<input type="checkbox"/> D5票	年 月 日	<input type="checkbox"/> 5,000円 円	多胎の方のみ	<input type="checkbox"/> F1票	年 月 日			<input type="checkbox"/> 5,000円 円		
	<input type="checkbox"/> D6票	年 月 日	<input type="checkbox"/> 5,000円 円		<input type="checkbox"/> F2票	年 月 日			<input type="checkbox"/> 5,000円 円		
	<input type="checkbox"/> D7票	年 月 日	<input type="checkbox"/> 5,000円 円		<input type="checkbox"/> F3票	年 月 日			<input type="checkbox"/> 5,000円 円		
	<input type="checkbox"/> D8票	年 月 日	<input type="checkbox"/> 5,000円 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		年 月 日	円	□ 5,000円 円	円
	産後4週間健診		年 月 日	円	□ 5,000円 円	
□ 新生児聴覚 検査	検査方法	□自動ABR □ABR □OAE		(市記入欄) □ 5,000円(ABR) □ 2,200円(OAE) 助成金額 □ 円		(市記入欄) 合計助成額
	検査日	年 月 日		検査費用	円	
□ 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	円
年 月 日		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										支店コード							
	口座番号												口座名義 (カタカナ)					

●申請に必要な書類

※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。

妊婦健康診査

- ☐ 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

●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			
<input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査	検査方法	<input type="checkbox"/> 自動ABR	<input type="checkbox"/> ABR	<input type="checkbox"/> OAE	検査日	年		月		日		検査費用	円							
	(市記入欄) 助成金額 <input type="checkbox"/> 5,000円(ABR) <input type="checkbox"/> 2,200円(OAE) <input type="checkbox"/> 円												(市記入欄) 合計助成額							
<input type="checkbox"/> 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		円		円		円		円							
	年 月 日		円		<input type="checkbox"/> 5,000円 円		円		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		
<input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査	検査方法	<input type="checkbox"/> 自動ABR	<input type="checkbox"/> ABR	<input type="checkbox"/> OAE	検査日	年		月		日		検査費用	円						
	(市記入欄) 助成金額 <input type="checkbox"/> 5,000円(ABR) <input type="checkbox"/> 2,200円(OAE) <input type="checkbox"/> 円												(市記入欄) 合計助成額						
<input type="checkbox"/> 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		円		円		円		円						
	年 月 日		円		<input type="checkbox"/> 5,000円 円		円		円		円		円						

備考