

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
をもって請
求と認めま
す。

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
払いは、下記の口座に振り込まれます。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
みをもって請求と認めます。

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	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> C票	令和7年 1月 15日	<input type="checkbox"/> 12,000 円	<input checked="" type="checkbox"/> E1票	令和7年 2月 3日	<input type="checkbox"/> 6,000 円
	<input type="checkbox"/> D1票	年 月 日	<input type="checkbox"/> 5,000 円	<input checked="" type="checkbox"/> E2票	令和7年 2月 10日	<input type="checkbox"/> 6,000 円
	<input type="checkbox"/> 償還払いを申請する健診、検査をチェックする。			<input type="checkbox"/> E3票	年 月 日	<input type="checkbox"/> 6,000 円
	<input type="checkbox"/> D3票	年 月 日	<input type="checkbox"/> 5,000 円	<input type="checkbox"/> E4票	年 月 日	<input type="checkbox"/> 6,000 円
	<input type="checkbox"/> D4票	年 月 日	<input type="checkbox"/> 5,000 円	<input type="checkbox"/> E5票	年 月 日	<input type="checkbox"/> 6,000 円
	<input type="checkbox"/> D5票	年 月 日	<input type="checkbox"/> 5,000 円	<input type="checkbox"/> F1票	年 月 日	<input type="checkbox"/> 5,000 円
	<input type="checkbox"/> D6票	年 月 日	<input type="checkbox"/> 5,000 円	<input type="checkbox"/> F2票	年 月 日	<input type="checkbox"/> 5,000 円
	<input type="checkbox"/> D7票	年 月 日	<input type="checkbox"/> 5,000 円	<input type="checkbox"/> F3票	年 月 日	<input type="checkbox"/> 5,000 円
	<input checked="" type="checkbox"/> D8票	令和7年 1月 25日	<input type="checkbox"/> 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	支払った費用を記入。不明な場合は空欄	円	
	産後4週間健診	令和7年 3月 15日	5,000 円			
新生児聴覚検査	検査方法	<input checked="" type="checkbox"/> 自動ABR <input type="checkbox"/> ABR <input type="checkbox"/> OAE	(市記入欄) 助成金額	<input type="checkbox"/> 5,000円 (ABR) <input type="checkbox"/> 2,200円 (OAE)		
	検査日	令和7年 2月 17日	検査費用	5,000 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		
			5,000 円	<input type="checkbox"/> 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)

●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

- ☐ 受診券（検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）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								
<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					
	年 月 日		円			<input type="checkbox"/> 5,000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					
	年 月 日		円			<input type="checkbox"/> 5,000円 円								

備考