

●申請に必要な書類

妊娠健康診査

※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ヶ月児健康診査

- 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

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

受診・受検時の氏名

異動（変更）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)	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> O														
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 円							
<input type="checkbox"/> 1ヶ月児 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			<input type="checkbox"/> 5,000円 円														

《3人目》

フリガナ				受診番号 (子)	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> O														
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	<input type="checkbox"/> 円							(市記入欄) 合計助成額 円							
<input type="checkbox"/> 1ヶ月児 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			<input type="checkbox"/> 5,000円 円														

備考