

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、市が受診医療機関等（助産所を含む。）に受診状況の確認等を行うことに同意します。

1 申請者（産婦健康診査受診者）		出産日	年 月 日
フリガナ 産婦氏名 (自 署)	-----		生年月日 年 月 日
住所	産婦の 現住所	〒 (電話番号 — —) ※必ず日中連絡がとれる番号をご記入ください。	
	受診日 における住所	〒 ※現住所と異なる場合はご記入ください さいたま市 区	
健康診査等 の種別	申請される健康診査等に○をしてください。 産婦健康診査 ・ 新生児聴覚検査		
受診医療機関等	(名称)	(所在地) 〒 都道 府県	TEL :
受診年月日	産婦健康診査 年 月 日	新生児聴覚検査 年 月 日	

2 振込先

金融機関名	銀行・信用金庫 農協・()	本店・支店 店・出張所
口座の種別	普通 ・ 当座	口座番号
フリガナ 口座名義人	-----	口座名義を旧姓使用されている 場合、チェック欄にご記入下さい→
		レ点

※申請者以外の口座に振込希望の方は、必ず裏面の委任状をご記入ください。

※委任状は原則自署でご記入ください（自署であれば押印は不要です）。

※産婦健康診査の申請は下記の記載がある助成券であるか、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

<添付書類>

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）

振込先の口座情報部分のコピー

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」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

（氏名の記載をお願いします）

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。

<さいたま市使用欄>

処理番号	交付決定額（円）	振込年月日
産婦 ・ 聴覚 —		

裏面の注意事項等も必ずご確認ください。

*申請者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）
住所	住所
氏名	氏名 ㊟
申請者との続柄（ ）	

<備考>

<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・新生児聴覚検査受診日に、さいたま市に住民票のある方が対象となります。
- 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受診した産婦健康診査・新生児聴覚検査が対象となります。
- 産婦健康診査は原則、基本的な健診とこころの健康チェックの両方実施した産婦健康診査が助成対象となります。新生児聴覚検査は原則、入院中に実施した初回検査となります。確認検査は対象外です。
- 助成金の支給金額は、自己負担をした費用の全額ではありません。申請額のうち、定められた助成金額と自己負担をした費用を比較して少ないほうの金額になります。
- 産婦健康診査助成券の有効期限は、出産後概ね1か月とします。
新生児聴覚検査助成券の有効期限は、出生後概ね6か月とします。
- 助成金額は、受診年月日の属する年度の額となります。
- 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・日祝日の場合は、翌日を期限とします。)

<さいたま市使用欄>

■産婦健康診査

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

■新生児聴覚検査

受診年月日	領収書	助成券または検査結果がわかる書類		助成決定額
年 月 日		項目	AABR OAE	円