

様式第3号（第8条関係）

柴田町妊産婦健康診査助成金交付申請書

柴田町長

殿

申請者は妊産婦本人

年 **記入不要** 日
書類確認後、こちらで記入します。

私は、柴田町妊産婦健康診査助成事業実施要綱第 条の規定により、助成金の交付を申請します。

申請者	(ふりがな) 氏名	しばた はなみ 柴田 はなみ	母子健康 手帳番号	(母子手帳表紙のNo.以下 をご記入ください)
	生年月日	昭和・平成 ○年○月○日	電話番号	000-0000-0000
	住所	〒989- 柴田町...		
妊産婦健康診査 実施医療機関等名		所在地		電話番号
〇〇病院		〇〇県〇〇市〇〇〇〇〇〇		000-0000-0000

※宮城県外の医療機関等に限る。

妊産婦健康診査実施状況（申請欄に○を付け所定の項目を御記入ください。）

申請	検診の区分	健診受診年月日	健診時の 妊娠週数等	自己負担額	助成金申請額
	初回健診時	年 月 日	週	円	円
	2回目(12～15週前後)	年 月 日	週	円	円
	3回目(16～19週前後)	年 月 日	週	円	円
	4回目(20～23週前後)	年 月 日	週	円	円
	5回目(24～25週前後)	年 月 日	週	円	円
	6回目(26～27週前後)	年 月 日	週	円	円
	7回目(28～29週前後)	年 月 日	週	円	円
	8回目(30～31週前後)	年 月 日	週	円	円
	9回目(32～33週前後)	年 月 日	週	円	円
○	10回目(34～35週前後)	令和○年○月○日	〇〇週	円	円
○	11回目(36週前後)	令和○年○月○日	〇〇週	円	円
○	12回目(37週前後)	令和○年○月○日	〇〇週	円	円
○	13回目(38週前後)	令和○年○月○日	〇〇週	円	円
○	14回目(39週前後)	令和○年○月○日	〇〇週	円	円
○	産後2週間頃	令和○年○月○日	産後〇〇日	円	円
○	産後1か月頃	令和○年○月○日	産後〇〇日	円	円
助成金申請合計額					円

記入不要

書類確認後、こちら

で記入します。

※ 助成金の上限額は、初回 25,790 円、2 回目～10 回目 6,500 円、11 回目～14 回目 8,500 円、産後 2 週間～1 か月頃 5,000 円となります（多胎妊娠の場合の 2 回目から 14 回目までの助成金額は、当該助成金の上限額に胎児の数を乗じた金額となります）。ただし、実費支払額が上限額に満たない場合は、実費支払額が助成金の額となります。

※ 領収書の写しを添付してください。なお、領収書を紛失した場合は、裏面の各項目について医療機関で記入してもらってください。

(裏)

妊産婦健康診査実施状況

申請者	住所	〒
	(ふりがな)氏名	
	電話番号	-

医療機関等の皆様へ

この申請書は、柴田町に住所を有する妊産婦が宮城県外の医療機関等で受診する妊産婦健康診査に対する助成金の交付申請書です。

申請者から依頼がありました際には、下記の項目について御記入くださいますようお願いいたします。

病院からの領収書がある場合は

問合先 柴田町健康増進課
電話 0224-55-2160

記入不要

県外医療機関等記入欄	医療機関コード	健診年月日	健診時の妊娠週数等	領収金額 (保険適用外分)
		年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円
		年 月 日	産後 日	円
		年 月 日	産後 日	円

柴田町妊産婦健康診査助成金請求書

柴田町長 殿

私は、柴田町妊産婦健康診査助成事業実施要綱第10条の規定により、次のとおり助成金を請求いたしますので振込ください。

年 **記入不要** 日
書類確認後、こちらで記入します。

申請者（妊産婦本人）を記入

請求者住所 **柴田町...**
氏名 **柴田 はなみ**

記

助成金請求額 **記入不要** 円
書類確認後、こちらで記入します。

口座振込名義人	〇〇 銀行 金庫 農協	〇〇 本店 支店	種目	口座番号			
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金	〇	〇	〇	〇
	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇	2 当座預金				
(ふりがな) 口座名義人	しばた はなみ 柴田 はなみ						

申請者（妊産婦本人）名義の口座を記入

柴田町新生児聴覚検査費助成金交付申請書兼請求書

柴田町長 殿

記入不要
年 月 日
書類確認後、こちらで記入します。

申請者 住所 柴田町…
氏名 柴田 はなみ (続柄: 母)
(自署又は記名押印)
連絡先 (電話) 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

新生児聴覚検査費について、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

フリガナ 新生児氏名	シバタ ユズ 柴田 ゆず	生年月日	令和〇年〇〇月〇〇日
保護者氏名	柴田 はなみ	申請者の名前を記入	
検査実施 医療機関名	〇〇病院		

聴覚検査	検査方法	検査実施日	検査費用支払額	助成申請額
初回検査	自動ABR・OAE	令和〇年〇月〇日	記入不要 書類確認後、こちらで記入します。	円
確認検査	自動ABR・OAE	令和〇年〇月〇日		円
助成申請額合計				円

※助成額は検査ごとに6,000円とする。ただし、検査費用がこれに満たないときは、その額とする。

＜振込先＞

金融機関名	〇〇 銀行 信金 農協 労金	支店名	〇 本店 支店
預金種別	普通 当座 其他 ()		
口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇		
フリガナ	シバタ ハナミ		
口座名義人	柴田 はなみ		

＜添付書類＞

- (1) 新生児聴覚検査の記録が記載された母子健康手帳の写し
- (2) 新生児聴覚検査に係る領収書の写し
- (3) 振込先通帳の写し（金融機関名、口座番号、口座名義人が分かるもの）

申請者名義の口座を記入