

柏市妊婦・乳児一般健康診査・新生児聴覚検査費用助成金支給申請書

令和 年 月 日

柏市長 あて

柏市の契約する医療機関以外で妊婦一般健康診査・乳児一般健康診査・新生児聴覚検査を受診したので、助成金を申請いたします。

1 申請書

フリガナ 申請者 (妊産婦等※1)		生年月日	年 月 日
申請する健診(該当にチェック)	<input type="checkbox"/> 妊婦一般健康診査 <input type="checkbox"/> 乳児一般健康診査 <input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査		
妊婦健診の場合に記入	フリガナ 受診者名 (妊婦)	生年月日	年 月 日
乳児健診・聴覚検査の場合に記入	フリガナ 受診者名 (乳幼児等)	出生年月日	令和 年 月 日
受診日における住所	〒 _____ (電話番号 _____)		
転出(予定)住所	〒 _____ ※転出等で受診日における住所と異なる場合はご記入ください。		
母子健康手帳 交付年月日	令和 年 月 日	母子健康手帳 番号	No. _____

※1 妊婦一般健康診査は受診者(妊婦)、乳児一般健康診査及び新生児聴覚検査は保護者(母又は父)が申請者となります。複数の健診等を同時に申請する場合で、妊産婦(母)を申請者とする、すべての申請が1枚で行うことができます。

2 振込先(振込先の口座名義は**申請者の口座**となります。申請者の口座以外への振り込みを希望される場合は委任状を記入してください。)

金融機関名	銀行・信用金庫 農協・()		本店・支店 出張所			
預金種別	普通・当座	口座番号				
フリガナ 口座名義 (申請者)						

申請者の口座以外への振り込みを希望される場合は、下記委任状を記入してください。

3 委任状

私は、下記の者を代理人と定め、本申請における柏市妊婦・乳児一般健康診査・新生児聴覚検査費用助成金の領収の権限を委任します。

委任状作成日	令和 年 月 日			
委任者 (申請者)	氏名	代理人 (口座名義)	氏名	
	住所		住所	

4 必要書類チェック欄

- 健診機関の領収書・レシート原本(医療費明細書がある場合は添付してください)
- 母子健康手帳(妊婦一般健康診査の場合…「妊娠中の経過」のページ、新生児聴覚検査の場合…「新生児聴覚検査」のページ、乳児一般健康診査の場合「保護者の記録」のページの写し)
- 未使用の受診票(柏市発行のもの)
- 振込先の預金・貯金通帳(郵送の場合は振込口座のわかる部分の写し)

助成金の支給申請期限は、健康診査受診日(費用支払い日)より2年間になります。

..... 以下は記入しないでください。

(柏市使用欄)

①申請書	<input type="checkbox"/> 記入漏れの確認
②母子健康手帳	<input type="checkbox"/> 領収書と合致する診察月日の横にチェックをいれる
	<input type="checkbox"/> 受診回数が14回を超えていないか確認
③領収書・医療費明細書(原本)	<input type="checkbox"/> 領収書: _____ 枚
④未使用受診票	<input type="checkbox"/> 枚数: 妊 _____ 枚 聴 _____ 枚 乳 _____ 枚
⑤通帳コピー	<input type="checkbox"/> 申請書と振込先が同じか確認
⑥住定日	_____ 年 月 日

受付者: _____

記入例

第1号様式(第7条)

柏市妊婦・乳児一般健康診査・新生児聴覚検査費用助成金支給申請書

令和〇年〇〇月〇〇日

柏市長 あて

柏市の契約する医療機関以外で妊婦一般健康診査・乳児一般健康診査・新生児聴覚検査を受診したので、助成金を申請いたします。

1 申請書

フリガナ 申請者 (妊産婦等※1)	カシワ ハナコ 柏 花子	生年月日	昭和〇〇年 〇月 〇〇日
申請する健診(該当にチェック)	<input checked="" type="checkbox"/> 妊婦一般健康診査 <input type="checkbox"/> 乳児一般健康診査	<input checked="" type="checkbox"/> 新生児聴覚検査	
妊婦健診の場合に記入	フリガナ 受診者名(妊婦) 同上	同上の場合は空欄で結構です 月 日	年 月 日
乳児健診・聴覚検査の場合に記入	フリガナ 受診者名(乳幼児等) カシワ タロウ 柏 太郎	出生年月日	令和 〇年 〇月 〇〇日
受診日における住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 (電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇) 柏市 〇〇△-△-△		
転出(予定)住所	〒 - ※転出等で受診日における住所 母子健康手帳の表紙にある日付及び別冊の右上の番号を記載ください		
母子健康手帳 交付年月日	令和 〇年 〇〇月 〇〇日	母子健康手帳 番号	No. 〇〇〇〇〇〇

※1 妊婦一般健康診査は受診者(妊婦)、乳児一般健康診査及び新生児聴覚検査は保護者(母又は父)が申請者になります。複数の健診等を同時に申請する場合、妊産婦(母)を申請者とする、すべての申請が1枚で行うことができます。

2 振込先(振込先の口座名義は申請者の口座となります。申請者の口座以外へは、ゆうちょ銀行の場合は支店名・口座番号をご確認ください。)

金融機関名	〇〇〇	銀行・信用金庫 農協・()	〇〇〇	本店 出張所
預金種別	普通・当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	
フリガナ 口座名義(申請者)	カシワ ハナコ 柏 花子			

申請者の口座以外への振り込みを希望される場合は、下記委任状を記入してください。

3 委任状

私は、下記の者を代理人と定め、本申請における柏市妊婦・乳児一般健康診査・新生児聴覚検査費用助成金の領収の権限を委任します。

委任状作成日	令和 年 月 日
委任者(申請者)	氏名 住所

申請者と口座名義人が同じ方の場合は
委任状の記入は不要です

4 必要書類チェック欄

- 健診機関の領収書・レシート原本(医療費明細書がある場合は添付してください)
- 母子健康手帳(妊婦一般健康診査の場合…「妊娠中の経過」のページ、新生児聴覚検査の場合…「新生児聴覚検査」のページ、乳児一般健康診査の場合「保護者の記録」のページの写し)
- 未使用の受診票(柏市発行のもの)
- 振込先の預金・貯金通帳(郵送の場合は振込口座のわかる部分の写し)

助成金の支給申請期限は、健康診査受診日(費用支払い日)より2年間になります。

(柏市使用欄)

以下は記入しないでください。

- ①申請書 記入漏れの確認
 - ②母子健康手帳 領収書と合致する診察月日の横にチェックをいれる
 - ③領収書・医療費明細書(原本) 受診回数が14回を超えていないか確認
 - ④未使用受診票 領収書: _____ 枚
 - ⑤通帳コピー 枚数: 妊 _____ 枚 聴 _____ 枚 乳 _____ 枚
 - ⑥住定日 申請書と振込先が同じか確認
- 年 月 日

受付者: _____