

町田市里帰り等妊婦健康診査等受診費助成金交付申請書

〔記入例〕

年 月 日

町田市長 様

申請できる方は、妊婦本人、配偶者、保護者（妊婦が未婚・未成年の場合）です。振込先の名義人は、申請者と同一にしてください。

妊婦健康診査等受診費の助成について、下記のとおり申請します。なお、この申請内容について、公簿との照合及び医療機関等へ確認することに同意します。

申請者	ふりがな	まちだし たろう	住所	町田市森野2-2-22
	氏名	町田市 太郎		
	生年月日	昭和58年1月1日		
	妊(産)婦との関係	本人 <input checked="" type="radio"/> 夫	電話番号(この申請についての連絡先)	
妊(産)婦	ふりがな	まちだし はなこ	受診時の住所(申請時)	町田市
	氏名	町田市 花子 <input checked="" type="radio"/> 単胎・多胎		
	生年月日	昭和60年1月1日		
子 (新生児聴覚検査を申請する場合)	ふりがな	まちだし さるびあ	新生児聴覚検査のみ申請する場合も、妊(産)婦氏名を記入してください。単胎か多胎を選択してください。	
	氏名	町田市 サルビア		
	生年月日	令和4年4月1日		
医療機関 (助産所)	名称	〇〇産婦人科医院		
	所在地	□□県××市△△町1-2-3		
分娩(予定)日 (流産の場合、最後の受診日)		2022年4月1日	新生児聴覚検査の検査結果	<input checked="" type="radio"/> パス <input type="radio"/> リファア

申請時点で町田市外に転出している場合、申請者欄は現在の住所をご記入いただき、助成対象者の住所欄に町田市在住時の住所をご記入ください。

新生児聴覚検査のみ申請する場合も、妊(産)婦氏名を記入してください。単胎か多胎を選択してください。

者と異なる場合)

助産所受診の場合○印	受診区分	診察(検査)年月日	領収書記載額	助成限度額	申請額
助産所不可	1回	年 月 日	円	下表①の金額	円
	2回	年 月 日	円		円
	3回	年 月 日	円		円
	4回	年			円
	5回	年			円
	6回	年 月 日	円		円
	7回	2022年 1月10日	10,000円	各回ごとに 下表②の金額	5,070円
	8回	2022年 1月25日	5,000円		5,000円
	9回	2022年 2月10日	5,000円		5,000円
	10回	2022年 2月20日	5,000円		5,000円
	11回	2022年 3月1日	8,000円		5,070円
	12回	2022年 3月10日	6,000円		5,070円
	13回	2022年 3月20日	6,000円		5,070円
	14回	2022年 3月25日	6,000円		5,070円
助産所不可	超音波	年 月 日	円	下表③の金額	円
助産所不可	子宮頸がん	年 月 日	円	下表④の金額	円
	新生児聴覚検査	2022年 4月 3日	5,000円	下表⑤の金額	3,000円
申請額合計					43,350円

例:7回目以降の受診票を提出する場合

【助成限度額表】 受診年月により、助成限度額が変わる可能性があります。

受診年月	①1回目	②2~14回目	③超音波検査	④子宮頸がん検診	⑤新生児聴覚検査
2020年4月~2023年3月	10,850円	5,070円	5,300円	3,400円	3,000円

保健予防課記入欄	受診票確認 : 1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14・子宮頸がん・超音波・聴覚					
<input type="checkbox"/> 未使用の受診票	申請額確認 : 領収書・明細書・医療機関 住基確認 : 転入・転出 (R . .)					
<input type="checkbox"/> 母子手帳のコピー	単価 : 超音波()円・なし 子宮頸がん()円・なし 聴覚()円・なし					
<input type="checkbox"/> 領収書(原本)	差戻し	受付	受付場所	受付者	2次審査者	領収書
<input type="checkbox"/> 債権者登録依頼書	(/)	(/)	(窓・郵・健・中・鶴)			要・否