

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

町田市長 様

年 月 日

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		住所		
	氏名				
	生年月日	年 月 日			
	妊(産)婦との関係	本人・夫・	電話番号(この申請についての連絡先)		
妊(産)婦	ふりがな			受診時の住所(申請者と異なる場合)	
	氏名	(単胎・多胎)		町田市	
	生年月日	年 月 日			
子 (新生児聴覚検査を申請する場合)	ふりがな			受診時の住所(申請者と異なる場合)	
	氏名			町田市	
	生年月日	年 月 日			
医療機関 (助産所)	名称				
	所在地				
分娩(予定)日 (流産の場合、最後の受診日)		年 月 日	新生児聴覚検査 の検査結果	パス・リファー	
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	各回ごとに 下表②の金額	円
	3回	年 月 日	円		円
	4回	年 月 日	円		円
	5回	年 月 日	円		円
	6回	年 月 日	円		円
	7回	年 月 日	円		円
	8回	年 月 日	円		円
	9回	年 月 日	円		円
	10回	年 月 日	円		円
	11回	年 月 日	円		円
	12回	年 月 日	円		円
	13回	年 月 日	円		円
	14回	年 月 日	円		円
助産所不可	超音波	年 月 日	円		下表③の金額
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	年 月 日	円	下表⑤の金額	円
				申請額合計	円

【助成限度額表】 受診年月により、助成限度額が変わります。

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
2021年4月~2023年3月	10,850円	5,070円	5,300円	3,400円	3,000円
2023年4月~2024年3月	10,880円	5,090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