

(記入例)

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
等へ確認することに同意します。

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。

この申請内容について、公簿との照合及び医療機関

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	1990年1月1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	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 (単胎・多胎)			
	生年月日	1990年10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	2026年4月3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)		2026年4月3日	新生児聴覚検査 の検査結果	パス 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。

例: 10回目以降の受診票を提出する場合

受診区分	診察(検査)年月日	領収書記載額	申請額 (限度額が上限)	受診区分	診察(検査)年月日	領収書記載額	申請額 (限度額が上限)
1回	年 月 日	円	円	超音波 1回		円	円
2回	年 月 日	円	円	超音波 2回		円	円
3回	年 月 日	円	円	超音波 3回	2026年 3月10日	7,000円	5,300円
4回	年 月 日	円	円	超音波 4回	2026年 3月20日	5,000円	5,000円
5回	年 月 日	円	円	子宮頸がん	年 月 日	円	円
6回	年 月 日	円	円	新生児 聴覚検査	2026年 4月 5日	5,000円	3,000円
7回	年 月 日	円	円	多胎妊娠の妊婦健康診査(15~19回目)			
8回	年 月 日	円	円	15回	年 月 日	円	円
9回	年 月 日	円	円	16回	年 月 日	円	円
10回	2026年 2月10日	5,000円	5,140円	17回	年 月 日	円	円
11回	2026年 2月20日	8,000円	5,140円	18回	年 月 日	円	円
12回	2026年 3月10日	6,000円	5,140円	19回	年 月 日	円	円
13回	2026年 3月20日	6,000円	5,140円	申請額合計			39,140円
14回	2026年 4月 1日	6,000円	5,280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	⑥多胎15回目~
2024年4月~2025年3月	10,980円	5,140円	5,300円	3,400円	3,000円	5,000円
2025年4月~2026年3月	11,280円	5,280円	5,300円	3,400円	3,000円	5,000円
2026年4月~2027年3月	11,670円	5,460円	5,300円	3,400円	3,000円	5,000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 1・2・3・4・聴覚	妊娠届 (R . . .)
<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: 済・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	受付場所
<input type="checkbox"/> 債権者登録依頼書	(/)	(/)
	受付者	2次審査者
	(窓・郵・健・中・鶴)	領収書
		要・否