（表面）

様式第１号（第５条関係）

神川町妊産婦健康診査・新生児聴覚スクリーニング検査・乳児（１か月）健康診査助成金交付申請書

年　　月　　日

神川町長　様

（〒　　-　　）

住　　所：神川町

氏　　名：　　印

生年月日：

電話番号：

（＊里帰り等の場合、連絡可能な番号）

神川町妊産婦健康診査・新生児聴覚スクリーニング検査・乳児（１か月）健康診査助成金交付要綱第５条第１項の規定により、次のとおり申請します。助成金は下記の口座に振り込んでください。

なお、私は、この申請に基づく助成金の交付決定にあたり、確認等が必要な場合には、町が受診した医療機関に問い合わせることに同意します。

１　受診した医療機関等

受診した医療機関等	名称	
	住所	
	電話	

２　振込先金融機関名及び口座番号等

金融機関名						支店名			
コード						コード			
預金種別 普通・当座・貯蓄	口　座　番　号								
フリガナ 口座名義人									

３　注意事項

本申請には、次の書類を添付してください。なお、裏面も記入してください。

(1) 母子健康手帳

(2) 医療機関で受診した結果等、必要事項が記載された受診票等(市町村保管分)

(3) 診察月日と同日付の領収書(又はその写し)を添付してください。

（裏面）

＜申請内容(下記の太枠内に記入してください)＞

診察年月日	支払い額	確認内容(番号)	確認額	備考
年　月　日				
年　月　日				
年　月　日				
年　月　日				
年　月　日				
年　月　日				
年　月　日				
年　月　日				
年　月　日				
年　月　日				
年　月　日				
年　月　日				
年　月　日				
年　月　日				
年　月　日				
年　月　日				
年　月　日				
年　月　日				
年　月　日				
年　月　日				
年　月　日				
合　計				

＜確認表＞

妊産婦健康診査・新生児聴覚スクリーニング検査・乳児（1か月）健康診査助成券		基準額	チェック欄
助成券	主な健診内容		
ＨＩＶ抗体検査助成券	ＨＩＶ抗体検査	2,290 円	
子宮頸がん検診助成券	子宮頸がん検診（細胞診）	3,500 円	
助成券①	基本的な妊婦健康診査、血液検査、風しん抗体・ＨＢｓ抗原・ＨＣＶ抗体検査	14,120 円	
助成券②④⑤⑦⑧⑨⑬⑭	基本的な妊婦健康診査	5,060 円	
助成券③	基本的な妊婦健康診査　超音波	8,060 円	
助成券⑥⑫	基本的な妊婦健康診査　超音波・血液検査	8,160 円	
助成券⑩	基本的な妊婦健康診査　超音波・ＧＢＳ検査	8,860 円	
助成券⑪	基本的な妊婦健康診査　ノンストレステストをはじめとする妊婦健康診査として必要な検査	6,460 円	
ＨＴＬＶ―１抗体検査助成券	ＨＴＬＶ―１抗体検査	3,040 円	
性器クラミジア検査助成券	性器クラミジア検査	2,000 円	
新生児聴覚スクリーニング検査助成券	ＯＡＥ 自動ＡＢＲ	3,000 円 5,000 円	
産婦健康診査助成券① 産婦健康診査助成券② 乳児（１か月）健康診査助成券	基本的な産婦健康診査、こころの健康チェック 基本的な産婦健康診査、こころの健康チェック 基本的な１か月児健診	5,000 円 5,000 円 6,000 円	