

＊以下の項目は，領収書を紛失した場合にのみご記入ください＊

里帰り先等における妊婦健康診査実施状況

申 請 者	郵便番号	—
	現住所	
	フリガナ	
	氏名	
	電話番号	() —

＊ ＊ ＊ 医療機関の皆さまへ ＊ ＊ ＊

この用紙は，仙台市里帰り等産妊婦健康診査・新生児聴覚検査・1か月児健康診査補助金交付申請の際，申請者が該当する妊婦健康診査の領収書を紛失した場合に必要となりますので，申請者から依頼がありました際には，ご記入くださいますようお願いいたします。

問合せ先 仙台市役所こども家庭保健課
電 話 0 2 2 - 2 1 4 - 8 1 8 9

医 療 機 関 記 入 欄	医療機関コード (ゴム印を押印してください。)	健診年月日	健診時の 妊娠週数	領収金額 (保険適用外分)
			令和 年 月 日	週
		令和 年 月 日	週	円
医 療 機 関 等 の 所 在 地	医療機関等の所在地	令和 年 月 日	週	円
		令和 年 月 日	週	円
		令和 年 月 日	週	円
	医療機関等の名称	令和 年 月 日	週	円
		令和 年 月 日	週	円
		令和 年 月 日	週	円
		令和 年 月 日	週	円
		令和 年 月 日	週	円
		令和 年 月 日	週	円
	開設者氏名	令和 年 月 日	週	円
		令和 年 月 日	週	円
		令和 年 月 日	週	円
		令和 年 月 日	週	円
		令和 年 月 日	週	円
		令和 年 月 日	週	円
		令和 年 月 日	週	円
電話番号	令和 年 月 日	週	円	
	令和 年 月 日	週	円	
	令和 年 月 日	週	円	
	令和 年 月 日	週	円	

＊医療機関の所在地，名称等につきましてはスタンプをご使用ください。

以下の項目は、助成券・領収書を紛失した場合にのみご記入ください。

里帰り先等における産婦健康診査実施状況

申請者	郵便番号	—
	現住所	
	フリガナ	
	氏名	
	電話番号	() —

*** 医療機関の皆さまへ ***

この用紙は、仙台市里帰り等産妊婦健康診査・新生児聴覚検査・1か月児健康診査補助金交付申請の際、申請者が該当する産婦健康診査の助成券及び領収書を紛失した場合に必要となりますので、申請者から依頼がありました際には、ご記入くださいますようよろしくお願いいたします。

問合せ先 仙台市こども家庭保健課
電 話 022-214-8189

医療機関記入欄	医療機関コード (ゴム印を押印してください。)	産後2週間頃			
		健康診査実施月日	令和	年	月 日
		領収金額 (保険適用外分)	円		
	医療機関等の所在地	エジンバラ産後うつ病質問票 (EPDS)		点	
	医療機関等の名称	E P D S 未実施理由		☐ 精神科，心療内科に通院中 ☐ 日本語理解不可 ☐ 受診時に精神科，心療内科を紹介	
	開設者氏名	赤ちゃんへの気持ち質問票		点	
	電話番号	産後1か月頃			
		健康診査実施月日	令和	年	月 日
		領収金額 (保険適用外分)	円		
		エジンバラ産後うつ病質問票 (EPDS)		点	
		E P D S 未実施理由		☐ 精神科，心療内科に通院中 ☐ 日本語理解不可 ☐ 受診時に精神科，心療内科を紹介	
		赤ちゃんへの気持ち質問票		点	

* 医療機関の所在地，名称等につきましてはスタンプをご使用ください。

* E P D Sは必ず行う必要がありますが，実施しない場合はE P D S未実施理由のいずれかにレ点をつけてください（上記以外の理由で未実施の場合は助成対象外になります）。

以下の項目は、領収書を紛失した場合にのみご記入ください。

里帰り先等における新生児聴覚検査実施状況

申請者	郵便番号	—
	現住所	
	フリガナ	
	氏名	
	電話番号	() —

*** 医療機関の皆さまへ ***

この用紙は、仙台市里帰り等産妊婦健康診査・新生児聴覚検査・1か月児健康診査補助金交付申請の際、申請者が該当する新生児聴覚検査の領収書を紛失した場合に必要となりますので、申請者から依頼がありました際には、ご記入くださいますようお願いいたします。

問合せ先 仙台市こども家庭保健課
電 話 022-214-8189

医療機関記入欄	フリガナ		フリガナ	
	産婦氏名		子の氏名	
			*未定の場合記載不要	
	検査年月日	令和 年 月 日		
	実施医療機関	医療機関コード： _____ (ゴム印を押印してください) 所在地： _____ 医療機関名： _____ 開設者氏名： _____ 電話番号： _____		
	検査区分 (該当検査に☑)	☐ 自動聴性脳幹反応検査 (自動ABR) ☐ 耳音響放射検査 (OAE)		
領収金額 (保険適用外分)	円			

* 補助対象となる新生児聴覚検査は、自動聴性脳幹反応検査 (自動ABR) 又は耳音響放射検査 (OAE) のどちらかで、初回検査のみです。

* 医療機関の所在地、名称等につきましては、スタンプをご使用ください。

以下の項目は、領収書を紛失した場合にのみご記入ください。

里帰り先等における1か月児健康診査実施状況

申請者	郵便番号	—
	現住所	
	フリガナ	
	氏名	
	電話番号	() —

*** 医療機関の皆さまへ ***

この用紙は、仙台市里帰り等産妊婦健康診査・新生児聴覚検査・1か月児健康診査補助金交付申請の際、申請者が該当する1か月児健康診査の領収書を紛失した場合に必要となりますので、申請者から依頼がありました際には、ご記入くださいますようお願いいたします。

問合せ先 仙台市こども家庭保健課
電 話 022-214-8189

医療機関記入欄	フリガナ		フリガナ	
	産婦氏名		子の氏名	
			*未定の場合記載不要	
	受診年月日	令和 年 月 日		
	実施医療機関	医療機関コード：_____（ゴム印を押印してください） 所在地：_____ 医療機関名：_____ 開設者氏名：_____ 電話番号：_____		
	領収金額 （保険適用外分）	円		

* 補助対象となる1か月児健康診査を産婦健康診査と同日に実施した場合、1か月児健康診査分のみを記載してください。

* 医療機関の所在地、名称等につきましては、スタンプをご使用ください。