

(様式第1号)

仙台市里帰り等妊産婦健康診査・新生児聴覚検査・1か月児健康診査補助金交付申請書

令和 年 月 日

(あて先) 仙 台 市 長
(こども家庭保健課扱い)

私は、仙台市里帰り等妊産婦健康診査・新生児聴覚検査・1か月児健康診査補助金交付要綱に定める補助要件に該当しますので、下記のとおり申請します。

申 請 者	郵便番号	—		電話番号	—	
	現住所	仙台市 区 妊産婦健康診査を受けたご本人様のお名前 新生児聴覚検査または1か月児健康診査のみ申請される場合は保護者様のお名前				
	フリガナ					
	氏名	〇〇〇〇 〇〇〇 旧姓 ()				
	出産予定日 または出産日	令和 年 月 日 (予定 ・ 出産)	母子健康手帳番号			
対 象 児	フリガナ					
	氏名					
申請金額 (以下に裏面の金額を転記してください。申請のない項目は記載不要です。)						
① 妊婦健康診査		② 産婦健康診査		③ 新生児聴覚検査		④ 1か月児健康診査
金 円		金 円		金 円		金 円
申請金額合計 金 円・・・①+②+③+④						

*母子健康手帳交付後、姓が変わった場合は旧姓を () に書いてください。

*補助金上限額と自己負担額のいずれか低い方の額が補助金申請額となります。補助金上限額は、助成券に記載されている額をご確認ください。

*振込時期は、それぞれの健診・検査ごとに異なる場合があります。

以下について、ご確認の上、☒をつけてください。

☐	補助金交付後に交付要件を満たしていないことが判明した場合には、返還金を納期限までに納付することに同意します。 ※納期限までに納付が確認できない場合には、遅延損害金が発生します。
☐	補助金交付後に、 ※上2つのチェックについては、同意をいただけない場合は申請を受け付けることができません。
☐	仙台市に住所を有する方が、 ※3つ目のチェックについては、同意をいただけない場合は住民票の提出をお願いいたします。 確認することについて同意します。 ※同意されない場合は、住民票の写しを提出してください。(対象となるすべての健診・検査終了後に取得し、受診時点で仙台市民であることが確認できるもの)

【仙台市記入欄】 *この欄は記入 しないでください。	送付時 (令和 年 月 日)	確認時 (令和 年 月 日)
	☐ 申請書 ☐ 住基画面印刷 (または住民票) ☐ 母子健康手帳写し (申請に該当するページ全て) ☐ 助成券 ☐ 領収書 ☐ 請求書 ☐ 委任状 ☐ 口座情報確認	☐ 申請書 ☐ 住基画面印刷 (または住民票) ☐ 母子健康手帳写し (申請に該当するページ全て) ☐ 助成券 ☐ 領収書 ☐ 請求書 ☐ 委任状 ☐ 口座情報確認

*妊産婦健康診査・新生児聴覚検査・1か月児健康診査の実施状況について、裏面に記載してください。

◆妊婦健康診査◆ *助成券を使用せず受診した健診分のみご記入ください。

助成券の種類	受診年月日	健診時の 妊娠週数	自己負担額 ※保険適用外分	補助金 申請額
初回券	令和 年 月 日	週	円	円
HTLV-1抗体検査	令和 年 月 日	週		
2回目	令和 年 月 日	週	円	円
3回目	令和 年 月 日	週	円	円
4回目	令和 年 月 日	週	円	円
5回目	令和 年 月 日	週	円	円
6回目	令和 年 月 日	週	円	円
7回目	令和 年 月 日	週	円	円
8回目	令和 年 月 日	週	円	円
9回目	令和 年 月 日	週	円	円
10回目	令和 年 月 日	週	円	円
11回目	令和 年 月 日	週	円	円
12回目	令和 年 月 日	週	円	円
13回目	令和 年 月 日	週	円	円
14回目	令和 年 月 日	週	円	円
15回目	令和 年 月 日	週	円	円
16回目	令和 年 月 日	週	円	円
妊婦健康診査補助金申請合計額			回分	① 円

◆妊婦健康診査◆

※HTLV-1抗体検査は妊婦健康診査と同時に受けてください。

助成額の上限はHTLV-1抗体検査助成分と合わせて初回の場合22,790円、2～10回の場合8,290円、11～14回の場合10,290円です。

※助成を受けるには、HTLV-1抗体検査専用助成券の診査医記入欄に医療機関で記入していただく必要があります。(助成券は、申請時まで本人が保管してください)

※補助金申請額は、助成上限額と自己負担額を比較して少ない方の金額になります。

※健康保険適用の診療にかかる費用等は、対象となりません。

◆産婦健康診査◆ *助成券を使用せず受診した健診分のみご記入ください。

助成券の種類	健診時の 産後週数	自己負担額 ※保険適用外分	補助金 申請額
産後2週間頃	週	円	円
産後1か月頃	週	円	円
産婦健康診査補助金申請合計額		回分	② 円

◆産婦健康診査◆

※助成を受けるには、受診した医療機関等で診察医記入欄に記入していただく必要があります。(助成券は、申請時まで本人が保管してください。)

※助成額の上限は1回あたり5,000円です。補助金申請額は、助成上限額と自己負担額を比較して少ない方の金額になります。

◆新生児聴覚検査◆ *助成券を使用せず受診した初回検査についてご記入ください。

検査実施日	検査区分	自己負担額 ※保険適用外分	補助金申請額
	☐ 聴覚検査 ☐ 聴覚検査と脳波検査	円	円
新生児聴覚検査補助金申請合計額		回分	③ 円

◆新生児聴覚検査◆

※助成を受けるには、受診した医療機関等で診察医記入欄に記入していただく必要があります。(助成券は、申請時まで本人が保管してください。)

※生後1か月を超えて検査を実施した際は、検査医記入欄にその理由が記載されており、やむを得ない事情であると判断された場合に助成対象となります。

◆1か月児健康診査◆ *助成券を使用せず受診した健診分のみご記入ください。

受診日	自己負担額 ※保険適用外分	補助金申請額
1か月児健康診査	円	円
1か月児健康診査補助金申請合計額		④ 円

◆1か月児健康診査◆

※助成額の上限は6,000円です。補助金申請額は、助成上限額と自己負担額を比較して少ない方の金額になります。

請 求 書

助成決定後、こちらで記入いたしますので、記入しないでください。

ただし、仙台市里帰り等妊産婦健康診査・新生児聴覚検査・1か月児健康診査補助金として
(内訳のとおり)

内				訳			
品 名	規 格	単 位	数 量	単 価	金 額		
				円	円		
記入不要です							
小 計							
消費税及び地方消費税							
合 計							

上記（裏面）の金額を請求します。

（あて先）仙台市（区）長

☐ 登録債権者ですので指定した方法でお支払いください。

（債権者電話番号下4桁）

☐ 口座を複数登録していますので } 右のとおり振込
☒ 登録していませんので } してください。
(上記のいずれかに☑印をつけてください)

振込先銀行

口座名義

① 普通
② 当座

フリガナ

記入しないでください

令和 年 月 日

申請者の住所・氏名・電話番号
を記入してください。

銀行

支店

振込を希望する口座情報を
記入してください

※申請者と口座名義が異なる
場合は、委任状が必要です。

- 注
- 金額は、アラビア数字で記入してください。
 - 首標金額の訂正は認めません。
 - 首標金額の一桁上位の欄に¥印を記入してください。

(別紙)

申請者の署名がある場合には押印を省略できます。
署名でない場合は押印してください。



委 任 状

記入しないでください

年 月 日

(あて先) 仙台市長

住 所

申請者の住所・氏名を
記入してください。

氏 名

署名の場合は押印を省略できます。

印

私は、仙台市里帰り等妊産婦健康診査・新生児聴覚検査・1か月児健康診査補助金の受領権限を次の者に委任します。

住 所 仙台市●●区●●●●

氏 名 ○○ ○○

続 柄 夫