

(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		
	フリガナ			
	氏名	印 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	
聴 覚 検 査	フリガナ			
	受検児氏名	※新生児聴覚検査補助金交付を申請する場合のみ記載		
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 申請額		② 産婦健康診査 申請額		③ 新生児聴覚検査 申請額
金 円		金 円		金 円
申請金額合計 金 円・・・①+②+③				

捨印

- \* 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。
- \* 妊産婦健康診査・新生児聴覚検査の実施状況について、裏面に記載してください。
- \* 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、同意(了承)いただける場合は、☑をつけてください。

<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	補助金交付の審査のために必要な範囲の事項について関係機関に照会することに同意します。
<input type="checkbox"/>	仙台市が助成金交付の資格審査のため、必要な範囲において、仙台市住民基本台帳の記録に関する事項について照会・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(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)を提出してください。

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

(様式第1号)

◆里帰り先等における妊婦健康診査実施状況◆

実施医療機関名 <small>※複数ある場合はすべて記載</small>	
---	--

\* 助成券が利用できる時期に受診した健康診査について、申請欄に○をつけ所定の項目をご記入ください。

妊 婦	申請	助成券の種類	助成対象となる 健診受診年月日	健診時の 妊娠週数	自己負担額	補助金 申請額
		初回券	令和 年 月 日	週	円	円
		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
	HTLV-1抗体検査	令和 年 月 日	週			
<b>妊婦健康診査補助金申請合計額</b>					回分	① 円

◆里帰り先等における産婦健康診査実施状況◆

実施医療機関名 <small>※複数ある場合はすべて記載</small>	
---	--

\* 助成券が利用できる時期に受診した健康診査について、申請欄に○をつけ所定の項目をご記入ください。

産 婦	申請	助成券の種類	助成対象となる 健診受診年月日	健診時の 産後週数	自己負担額	補助金 申請額
		産後2週間頃	令和 年 月 日	産後 週	円	円
		産後1か月頃	令和 年 月 日	産後 週	円	円
<b>産婦健康診査補助金申請合計額</b>					回分	② 円

◆里帰り先等における新生児聴覚検査実施状況◆

実施医療機関名	
---------	--

検査実施日	令和 年 月 日 (生後 日)				
検査区分 <small>※該当に☑をしてください</small>	<input type="checkbox"/> 自動聴性脳幹反応検査 (自動ABR)	5,000円 (上限)			
	<input type="checkbox"/> 耳音響放射検査 (OAE)	2,200円 (上限)			
自己負担額 <small>※保険適用外分</small>	円	補助金申請額	③	円	

\*領収書を紛失した場合は様式第2号の各項目について医療機関で記入してもらってください\*