

上尾市妊婦健康診査等助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）

上尾市長 住 所 〒362- 上尾市

フリガナ
申請者（妊産婦）

電 話

妊婦健康診査等の受診等をしましたので、上尾市妊婦健康診査及び新生児聴覚検査助成金交付要綱第 6 条第 1 項の規定に基づき、次のとおり申請します。なお、私は、この申請に基づく助成金の交付の決定に当たり確認等が必要な場合には、市が、受診等をした医療機関に問い合わせることに同意します。

妊産婦の氏名			出産年月日	年 月 日
母子健康手帳の交付日		年 月 日	母子健康手帳 No.	—
受診等をした医療機関				
受診等をした医療機関の所在地				
回数	妊婦健康診査等の受診（受検）日		契約単価（支払上限額）	申請金額
H I V 抗体検査		年 月 日	¥2, 290	
子宮頸がん検査		年 月 日	¥3, 500	
1	初期	年 月 日	（助成券 1）¥14, 070	
2	（～4 ヶ月）	年 月 日	（助成券 2）¥5, 010	
3	中期 （5～7 ヶ月）	年 月 日	（助成券 3）¥8, 010	
4		年 月 日	（助成券 4）¥5, 010	
5		年 月 日	（助成券 5）¥5, 010	
6		年 月 日	（助成券 6）¥8, 110	
7	後期 （8 ヶ月～）	年 月 日	（助成券 7）¥5, 010	
8		年 月 日	（助成券 8）¥5, 010	
9		年 月 日	（助成券 9）¥5, 010	
1 0		年 月 日	（助成券 10）¥8, 810	
1 1		年 月 日	（助成券 11）¥5, 710	
1 2		年 月 日	（助成券 12）¥8, 110	
1 3		年 月 日	（助成券 13）¥5, 010	
1 4		年 月 日	（助成券 14）¥5, 010	
HTLV－1 抗体検査		年 月 日	¥3, 040	
クラミジア検査		年 月 日	¥2, 000	
新生児聴覚検査 ※ア)、イ) いずれか 1 回		年 月 日	ア) 自動 ABR ¥3, 000	
			イ) OAE ¥1, 500	
合 計 金 額				¥