

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 〒362-00

上尾市 緑丘〇—△—□

フリガナ  
申請者（妊産婦）

アゲオ ハナコ  
上尾 花子

電 話

080-□□□□-××××

妊婦健康診査等を受診しましたので、上尾市妊婦健康診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	上尾 花子	出産年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
母子健康手帳の交付日	〇〇年〇〇月〇〇日	母子健康手帳 No.	〇—〇〇
受診した医療機関	〇〇産婦人科		
受診した医療機関の所在地	〇〇県〇〇市〇〇町〇—△—□		
回数	妊婦健康診査の受診日	支払上限額	申請金額
	HIV抗体検査	年 月 日	¥2,290
	子宮頸がん検査	年 月 日	¥3,500
1	初期 (~4ヶ月)	年 月 日	(助成券1) ¥14,120
2		年 月 日	(助成券2) ¥5,060
3	中期 (5~7ヶ月)	年 月 日	(助成券3) ¥8,060
4		年 月 日	(助成券4) ¥5,060
5		年 月 日	(助成券5) ¥5,060
6		年 月 日	(助成券6) ¥8,160
7	後期 (8ヶ月~)	年 月 日	(助成券7) ¥5,060
8		年 月 日	(助成券8) ¥5,060
9		年 月 日	(助成券9) ¥5,060
10		年 月 日	(助成券10) ¥8,860
11		年 月 日	(助成券11) ¥6,460
12		年 月 日	(助成券12) ¥8,160
13		年 月 日	(助成券13) ¥5,060
14		年 月 日	(助成券14) ¥5,060
	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 ¥5,000
		イ) OAE ¥3,000	
合 計 金 額			¥