

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 千

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. ー	
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	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						¥