

函南町妊産婦及び乳児健康診査等費用助成金交付申請書

年 月 日

函南町長 仁科 喜世志 様

申請者 住 所 函南町

氏 名

電話番号

函南町妊産婦及び乳児健康診査等費用助成金を交付されるよう、関係書類を添えて申請します。

(ふりがな) 妊産婦氏名		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
妊産婦住所	函南町	受診券交付日 令和 年 月 日 交付番号 () 子どもの誕生日又は出産予定日 (令和 年 月 日)	子の氏名 ()
健診・検査実施年月日	妊婦健康診査		産婦健康診査
	(一般健診)	(超音波検査)	第1回
	初回 (年 月 日)	第1回 (年 月 日)	(年 月 日)
	第2回 (年 月 日)	第2回 (年 月 日)	第2回
	第3回 (年 月 日)	第3回 (年 月 日)	(年 月 日)
	第4回 (年 月 日)	第4回 (年 月 日)	
	第5回 (年 月 日)	(血液検査)	新生児聴覚
	第6回 (年 月 日)	血液検査 (年 月 日)	スクリーニング検査
	第7回 (年 月 日)	血算検査 (年 月 日)	自動 ABR
	第8回 (年 月 日)	GBS検査 (年 月 日)	(年 月 日)
	第9回 (年 月 日)	*超音波検査、血液検査、血算検査、GBS検査ともに決められた一般健診と同時日でなければならない。	OAE
	第10回 (年 月 日)		(年 月 日)
	第11回 (年 月 日)	多胎妊婦健康診査	乳児健康診査
	第12回 (年 月 日)		1か月児
	第13回 (年 月 日)	第1回 (年 月 日)	(年 月 日)
	第14回 (年 月 日)	第2回 (年 月 日)	4か月児
	第15回 (年 月 日)	第3回 (年 月 日)	(年 月 日)
第16回 (年 月 日)	第4回 (年 月 日)	10か月児	
※助産所では、第3回及び5回～16回の一般健診のみ実施可。		第5回 (年 月 日)	(年 月 日)
実施医療機関名			

- (添付書類) 1 該当健康診査等の受診券・健康診査表(結果記入済みのもの)
 2 健康診査等を実施した医療機関または助産所発行の領収書・診療明細書の写し
 3 母子健康手帳

※以下は記入不要です

助成金交付決定額	
承認決定年月日	令和 年 月 日

健康づくり課受付印