

里帰り出産等妊産婦・乳児健康診査等受診費用助成金交付申請兼請求書

立 川 市 長 殿

里帰り出産等妊産婦・乳児健康診査等受診費用助成金の交付について申請するとともに助成決定を受けた場合は交付決定額を請求します。
助成金は下記の口座に振り込んでください。

審査に必要な場合、受診した医療機関に対し、受診内容等を照会することに同意します。

申請者 住 所

氏 名 印

※自署の場合は、押印を省略することができます。

電話番号

妊産婦（下記申請の①～⑤の申請がある場合は記載してください。） 乳児（⑥⑦の申請がある場合は記載ください。）
（申請者と同じ場合は記載を省略できます。）

氏 名

生年月日 年 月 日

出産（又は予定）年月日 年 月 日

氏 名

生年月日 年 月 日

【①妊婦健康診査】		
回数	受診日	自己負担額
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		

【③超音波検査】		
回数	受診日	自己負担額
1		
2		
3		
4		

【④子宮頸がん検診】		
回数	受診日	自己負担額
1		

【⑤産婦健康診査】		
回数	受診日	自己負担額
1		
2		

【⑥【新生児聴覚】		
自己負担額		
検査日	年 月 日	
使用機器	1 OAE	2 自動ABR
結果（右）	1 パス	2 リファア
（左）	1 パス	2 リファア

【⑦【1か月児健康診査】		
受診日	自己負担額	受診時年齢※

※出生日を0日目と数えます

【事務処理欄】※記入しないでください。

☐ 妊婦健診受診票（1回目）
☐ 妊婦健診受診票（ ～14回目）
☐ 超音波検査受診票（ ～4回目）
☐ 子宮頸がん検診受診票
☐ 産婦健康診査受診票（ 1回目・ 2回目）
☐ 1か月児健康診査受診票

	交付決定金額	決定通知年月日
①～④	円	・ ・
⑤	円	・ ・
⑥	円	・ ・
⑦	円	・ ・

【②妊婦健康診査】（多胎妊婦）		
回数	受診日	自己負担額
15		
16		
17		
18		
19		

【振込先】

銀行 ・ 信用金庫

本店 ・ 支店

☐ 普通預金 ☐ 当座預金

口座番号

口座名義（カナ）

※振込先は立川市内にお住いの妊産婦、又は新生児の方と同一世帯の方の名義に限ります。

【必要添付書類一覧】

	①【妊婦健診】	②【妊婦健診】（多胎）	③【超音波】	④【子宮頸がん】	⑤【産婦健診】	⑥【新生児聴覚】	⑦【1か月児健診】
母子手帳の 写し	「妊娠中の経過」 のページ	「妊娠中の経過」 のページ				「検査の記録」 のページ	
医療機関の領収書・ 明細書の写し	要	要	要	要	要	要	要
未使用の受診票	要		要	要		要	
受診票（結果）					要		要