

妊婦・妊婦歯科健康診査・新生児聴覚検査・1か月児及び産婦健康診査費助成金支給申請書

呉市長様

申請者（〒 — ）	
（受診者又は保護者）	住所 _____
	氏名 _____ 印 _____
	電話番号（ ） —
	（携 帯） — —
対象者（受診者）	住所 _____
	氏名 _____（ 年 月 日生）
	氏名 _____（ 年 月 日生）

妊婦・妊婦歯科健康診査・新生児聴覚検査・1か月児及び産婦健康診査費助成金の支給を受けたいので、次の関係書類を添えて申請します。

**1 領収書及び診療明細書（医療機関等発行）**

診療明細（内訳・金額等）・病院名・連絡先の記入があるもの

**2 母子健康手帳の写し等（医療機関が記入したもの）**

- (1) 各健康診査結果の表示のあるページ（写し）
- (2) 産婦健康診査結果票・エジンバラ質問票（結果）

**3 妊婦健康診査等補助券（別冊）・産婦健康診査補助券（別冊）**

健康診査の種類（該当するものに○をしてください。）

- (1) 妊婦一般健康診査補助券（ 回目～ 回目：計 回分）
- (2) 妊婦一般健康診査検査券
- (3) 子宮頸がん検診受診券
- (4) クラミジア検査受診券
- (5) 妊婦歯科健康診査受診券
- (6) 新生児聴覚検査補助券（※平成30年4月1日以降に生まれた新生児）
- (7) 1か月児健康診査受診票
- (8) 産婦健康診査補助券（産後2週間・1か月）（※平成30年10月1日以降に出産した産婦）