

(様式第1号)

仙台市里帰り等妊産婦健康診査・新生児聴覚検査補助金交付申請書

令和 年 月 日

(あて先) 仙 台 市 長
(こども家庭保健課扱い)

私は、仙台市里帰り等妊産婦健康診査・新生児聴覚検査補助金交付要綱に定める補助要件に該当しますので、下記のとおり申請します。

申 請 者	郵便番号	—	電話番号	— —
	現住所	仙台市 区 妊産婦健康診査を受けたご本人様のお名前 新生児聴覚検査のみ申請される場合は保護者様のお名前		
	フリガナ			
	氏名	〇〇〇〇 〇〇〇	印	旧姓 ()
聴 覚 検 査	出産予定日 または出産日	令和 年 月 日 (予定・出産)	母子健康手帳番号	
	ご出産された方は、出産日 をご記入ください。 受検児氏名	※新生児聴覚検査補助金交付を申請する場合のみ記載		
申請金額 (以下に裏面の金額を転記してください。申請のない項目は記載不要です。)				
① 妊婦健康診査 申請額		② 産婦健康診査 申請額		③ 新生児聴覚検査 申請額
金 円	金 円	金 円	捨印	
申請金額合計		金 円・・・①+②+③		

*母子健康手帳交付後、姓が変わった場合は旧姓を()に書いてください。

*補助金上限額と自己負担額のいずれか低い方の額が補助金申請額となります。補助金上限額は、助成券に記載されている額をご確認ください。

*振込時期は、それぞれの健診・検査ごとに異なる場合があります。

以下について、同意(了承)いただける場合は、をつけてください。

<input type="checkbox"/>	補助金交付後に交付要件を満たしていないことが半明瞭 ※納期限までに納付が確認できない場合には、遅延損害金が発生	※上2つのチェックについては、同意をいただけない場合は 申請を受け付けることができません。
<input type="checkbox"/>	補助金交付の審査のために必要な範囲の事項について関	※3つ目のチェックについては、同意をいただけない場合は 住民票の提出をお願いいたします。
<input type="checkbox"/>	仙台市が助成金交付の資格審査のため、必要な範囲にお 認することについて同意します。 ※同意されない場合は、住民票の写し(対象となるすべての健診・検査終了後に取得し、受診時点で仙台市市民であることが確認できるも の)を提出してください。	

	送付時(令和 年 月 日)	確認時(令和 年 月 日)	
【仙台市記入欄】 *この欄は記入 しないでください。	<input type="checkbox"/> 申請書 <input type="checkbox"/> 住基画面印刷(または住民票) <input type="checkbox"/> 母子健康手帳写し(申請書提出用) <input type="checkbox"/> 助成券 <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 請求書 <input type="checkbox"/> 委任状	<input type="checkbox"/> 申請書 <input type="checkbox"/> 住基画面印刷(または住民票) <input type="checkbox"/> 母子健康手帳写し(申請書提出用) <input type="checkbox"/> 助成券 <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 請求書 <input type="checkbox"/> 委任状	何も記入しないでください

(様式第1号)

◆未使用の助成券内訳◆

① 妊婦健康診査	※R5年度までの金額が記載されている助成券をお持ちの方は、	有・無)
③ 妊婦健康診査	6,000円⇒6,500円、8,000円⇒8,500円として記載してください。) 枚
⑤ 産婦健康診査		有・無)

◆妊婦健康診査実施状況◆

*助成券を使用せず受診した健診分のみご記入ください。

助成券の種類	受診年月日	健診時の 妊娠週数	自己負担額	補助金 申請額
初回券	令和 年 月 日	週	円	円
2回目	令和 年 月 日	週	円	円
3回目	令和 年 月 日	週	円	円
4回目	令和 年 月 日	週	円	円
5回目	令和 年 月 日	週	円	円
6回目	令和 年 月 日	週	円	円
7回目	令和 年 月 日	週	円	円
8回目	令和 年 月 日	週	円	円
9回目	令和 年 月 日	週	円	円
10回目	令和 年 月 日	週	円	円
11回目	令和 年 月 日	週	円	円
12回目	令和 年 月 日	週	円	円
13回目	令和 年 月 日	週	円	円
14回目	令和 年 月 日	週	円	円
HTLV-1抗体検査	令和 年 月 日	週		
15回目※	令和 年 月 日	週	円	円
16回目※	令和 年 月 日	週	円	円
妊婦健康診査補助金申請合計額			回分	① 円

※HTLV-1抗体検査は妊婦健康診査と同時に受けてください。助成額の上限はHTLV-1抗体検査助成分と合わせて初回の場合22,790円、2～10回の場合8,290円、11～14回の場合10,290円です。
 ※助成を受けるには、HTLV-1抗体検査専用助成券の診査医記入欄に医療機関で記入していただく必要があります。
 (助成券は、申請時まで本人が保管してください)

※補助金申請額は、助成上限額と自己負担額を比較して少ない方の金額になります。
 ※健康保険適用の診療にかかる費用等は、対象となりません。

*15回目・16回目は、14回目までをすべて使用した上で、妊娠40週以降であることが使用条件となります。

◆産婦健康診査実施状況◆

*助成券を使用せず受診した健診分のみご記入ください。

助成券の種類	助成対象となる 健診受診年月日	健診時 の妊娠週数	自己負担額	補助金 申請額
産後2週間頃	令和 年 月 日	産	円	円
産後1か月頃	令和 年 月 日	産	円	円
産婦健康診査補助金申請合計額			回分	② 円

※助成額の上限は、1回あたり5,000円です。補助金申請額は、助成上限額と自己負担額を比較して少ない方の金額になります。
 ※助成を受けるには、助成券に受診した医療機関等で診察医記入欄に記入していただく必要があります。
 (助成券は、申請時まで本人が保管してください。)

◆新生児聴覚検査実施状況◆

*助成券を使用せず受検した初回検査についてご記入ください。

助成券の種類	助成対象となる 検査受検年月日	検査時 の年齢	自己負担額	補助金 申請額
※助成を受けるには、受診した医療機関で助成券の検査医記入欄に記入していただく必要があります。 ※生後1か月を超えて検査を実施した際は、検査医記入欄にその理由が記載されており、やむを得ない事情であると判断された場合に助成対象となります。 (助成券は、申請時まで本人が保管してください。)				
新生児聴覚検査補助金申請合計額			回分	③ 円

領収書を紛失した場合は様式第2号の各項目について医療機関で記入してもらってください

請求書

助成決定後、こちらで記入いたしますので、記入しないでください。

ただし、仙台市里帰り等妊産婦健康診査・新生児聴覚検査補助金として（内訳のとおり）

内 訳						
品 名	規 格	単 位	数 量	単 価	金 額	
記入不要です						
小 計						
消費税及び地方消費税						
合 計						
上記（裏面）の金額を請求します。						
記入しないでください 令和 年 月 日						
(あて先) 仙台市 (区) 長				住 所	申請者の住所・氏名・電話番号 を記入してください。	
<input type="checkbox"/> 登録債権者ですので指定した方法でお支払いください。 (債権者電話番号下4桁)				氏名 電 話		
<input type="checkbox"/> 口座を複数登録していますので } 右のとおり振込 <input checked="" type="checkbox"/> 登録していませんので } してください。 (上記のいずれかに☑印をつけてください)				振込先銀行	銀行	支店
				①普通 ②当座	振込を希望する口座情報を 記入してください	
				フリガナ	※申請者と口座名義が異なる 場合は、委任状が必要です。	
				口座名義		

注

- 金額は、アラビア数字で記入してください。
- 首標金額の訂正は認めません。
- 首標金額の一桁上位の欄に¥印を記入してください。

(別紙)

申請者の署名がある場合には押印を省略できます。署名でない場合は押印してください。



委任状

記入しないでください

年 月 日

(あて先) 仙台市長

住所

申請者の住所・氏名を
記入してください。

氏名

署名の場合は押印を省略できます。

印

私は、仙台市妊産婦健康診査・新生児聴覚検査補助金の受領権限を次の者に委任します。

住所 仙台市●●区●●●

氏名 ○○ ○○

続柄 夫