

①

【 記入のしかた 】

②

別記第1号様式 (第5条関係)

周南市妊産婦・乳幼児健康診査及び新生児聴覚検査補助金交付申請書

×年×月×日

(宛先)周南市長

郵便番号 700 △△△△

申請者 住 所 周南市 ○○町□番地
○○アパート△△号
氏 名 周南 花子
電話番号 090 □□□ ○△□○

周南市妊産婦・乳幼児健康診査及び新生児聴覚検査補助金交付要綱第5条の規定により、次のとおり補助金の交付を申請します。

1 補助年度	× 年度	2 補助金の交付申請の額	× 円
3 受診年月日	年×月 日	4 健康診査費用	× 円
5 受診者氏名	周南 花子 周南 太郎	6 受診者生年月日	昭和○○年 △ 月 □ 日 平成○○年 △ 月 □ 日
7 健康診査名	1回目分・2回目分・3回目分・4回目分・5回目分 6回目分・7回目分・8回目分・9回目分・10回目分 11回目分・12回目分・13回目分・14回目分 (多胎妊婦の追加受診)		
	1回目分・2回目分・3回目分・4回目分・5回目分 クラミジア抗原検査 (1・2・3・4・5・6・7・8回目いずれかで使用)		
	産婦健康診査	産後2週間 ・ 産後1か月	
	新生児聴覚検査	初回検査 (AABR ・ QAE)	
	乳児健康診査	1か月児 ・ 3か月児 ・ 7か月児	
8 受診医療機関	1歳6か月児・1歳6か月児(歯科)・3歳児(歯科)		
	名称	○○クリニック	
	所在地	□□県△△市100番1号	

日付は空欄にしておいてください。

補助金を申請される方の
・郵便番号
・住所(必ず住民票上の住所地)
・お名前
・電話番号 をご記入ください

※妊産婦健診の場合、申請者は**妊産婦さん本人**になります。
※乳幼児健診・新生児聴覚検査の場合、申請者は**保護者の方**になります。

妊産婦健診、乳幼児健診及び新生児聴覚検査を、まとめて1度に申請する場合は**連名**でご記入ください。

健康診査内容の該当項目は、**未記入**でお持ちください。

受診医療機関名、所在地をご記入ください。

別記第3号様式 (第7条関係)

周南市妊産婦・乳幼児健康診査及び新生児聴覚検査補助金交付請求書

×年×月×日

先 周南市長

郵便番号

申請者 住 所

氏 名

連絡先 TEL

周南市妊産婦・乳幼児健康診査及び新生児聴覚検査補助金交付要綱第7条の規定により、次のとおり請求します。

1 補助年度	× 年度	2 補助金の交付請求額	× 円
3 補助金の交付決定額	× 円	補助金交付決定通知書 周あ推第×号 ×年×月×日	
4 支払い方法	口座振替	銀行	本店・本所
		周南 金庫 農協	山口 支店 支所 出張所
		口座種別	普通・当座
		口座番号	7777777
		口座名義人	周南 花子
		(フリガナ)	シュウナン ハナコ

【申請の際の注意点とお願い】

※「×」と書いてある箇所は、**記入しない**でください。

※文字のミスは、**二重線で消し、その上から訂正印**を押してください。

※領収書の内訳と健康診査の内容について、市から受診医療機関へ問い合わせる場合がありますので、あらかじめご了承ください。

・必ず**預金通帳**等でご確認の上、ご記入ください。

・妊産婦健診で、**妊産婦さん以外の口座に振込む場合****委任状が必要**ですのでお申出ください。