様式(第５条関係) 　　　　 蕨市妊婦健康診査等助成金申請書兼請求書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受けた者  健康診査等を | フリガナ  氏　名  （妊産婦） |  | 生年  月日 | 年　月　日（　 歳） | | 出産  予定日 | 年　 月　日 |
| フリガナ  氏　名  （新生児） | ※多胎の方は全員の氏名をご記入ください。 | | 生年  月日 | 年　 月　日 | | 検査実施月齢 　　　ｶ月 |
| 住　所 | 埼玉県蕨市 | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 申請金額　　　　金　　　　　　　　　　　　　円 | | | | | | | | | |  |
| 受診医療機関名 | | | |  | | | | | 医療機関電話番号 | | |  | |
| 時期 | 受診回 | | 検査項目 | | | | 受診日 | | | 自己負担額 | | | 基準額 |
| 妊娠初期 | ① | | ＨIＶ抗体検査 | | | |  | | | 円 | | | ２，２９０円 |
| ① | | 子宮頸がん検査（細胞診） | | | |  | | | 円 | | | ３，５００円 |
| ① | | 基本的な妊婦健康診査及び血液検査（血液型ABO血液型・Ｒｈ血液型、不規則抗体、梅毒血清反応検査、血算、血糖） | | | |  | | | 円 | | | １１，６３０円 |
| 風疹ウイルス抗体検査 | | | |  | | | 円 | | | ８００円 |
| Ｂ型肝炎(ＨＢｓ)抗原検査 | | | |  | | | 円 | | | ４００円 |
| Ｃ型肝炎（ＨＣＶ）抗体検査 | | | |  | | | 円 | | | １，２４０円 |
| ② | | 基本的な妊婦健康診査 | | | |  | | | 円 | | | ５，０１０円 |
| 妊娠中期 | ③ | | 基本的な妊婦健康診査、超音波検査 | | | |  | | | 円 | | | ８，０１０円 |
| ④ | | 基本的な妊婦健康診査 | | | |  | | | 円 | | | ５，０１０円 |
| ⑤ | | 基本的な妊婦健康診査 | | | |  | | | 円 | | | ５，０１０円 |
| ⑥ | | 基本的な妊婦健康診査、超音波検査、血液検査（血算、血糖） | | | |  | | | 円 | | | ８，１１０円 |
| 妊娠後期 | ⑦ | | 基本的な妊婦健康診査 | | | |  | | | 円 | | | ５，０１０円 |
| ⑧ | | 基本的な妊婦健康診査 | | | |  | | | 円 | | | ５，０１０円 |
| ⑨ | | 基本的な妊婦健康診査 | | | |  | | | 円 | | | ５，０１０円 |
| ⑩ | | 基本的な妊婦健康診査、超音波検査、Ｂ群溶血性レンサ球菌（ＧＢＳ）検査 | | | |  | | | 円 | | | ８，０１０円 |
| ⑪ | | 基本的な妊婦健康診査、ノンストレステストをはじめとする妊婦健康診査として必要な検査 | | | |  | | | 円 | | | ５，７１０円 |
| ⑫ | | 基本的な妊婦健康診査、超音波検査、血液検査（血算） | | | |  | | | 円 | | | ８，１１０円 |
| ⑬ | | 基本的な妊婦健康診査 | | | |  | | | 円 | | | ５，０１０円 |
| ⑭ | | 基本的な妊婦健康診査 | | | |  | | | 円 | | | ５，０１０円 |
| 妊娠３０週頃までに実施 | | | ＨＴＬＶ―１抗体検査 | | | |  | | | 円 | | | ２，３００円 |
| 性器クラミジア検査 | | | |  | | | 円 | | | ２，０００円 |
| 新生児１回のみ | | | 新生児聴覚スクリーニング検査　[ＯＡＥ・自動ＡＢＲ]  対象:生後1月（医師の判断等で生後6月未満）　※実施の検査方法を囲む | | | |  | | | 円×　人 | | | ＯＡＥ　３，０００円  自動ＡＢＲ　５，０００円 |
| 産婦１回のみ | | | 基本的な産婦健診、こころの健康チェック（育児支援チェックリスト、EPDS、赤ちゃんへの気持ち質問票）  ※こころの健康チェックはEPDSのみでも可 | | | |  | | | 円 | | | ５，０００円 |
| 蕨市妊婦健康診査等助成金交付要綱の規定に基づき、申請します。なお、私は、この申請に関して必要がある場合は、蕨市が受診医療機関等に確認を行うことに同意します。また、この申請が認められたときは、その助成金の金額を下記の振込先に振り込むことを依頼します。 | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　　月　　　日 | | | | | |  | | | | | | | |
| （あて先）蕨市長 | | | | | | 申請者 | | | | | | | |
|  | | | | | | 住　　所 | | | | | | | |
|  | | | | | | 氏　　名 | | | | | | | |
|  | | | | | | 電　　話 | | | | | | | |
| 振込先口座 | | 金融機関 | | |  | | | 口座番号 | | |  | | |
| フリガナ  口座名義人 | | |  | | | 預金種類 | | | 普通　・　当座 | | |

※　検査項目の「基本的な妊婦健康診査」とは、問診、診察、検査計測(子宮底長・腹囲・血圧・浮腫・尿化学検査・体重）及び保健指導です。

※　添付書類　①健康診査等を受診した医療機関又は助産所が発行した領収書の写し

　　　　　　　②母子健康手帳の「妊娠中の経過」欄、「出産後の母体の経過」欄又は「検査の記録（新生児聴覚検査）」欄の写し

　　　　　　　③未使用の妊婦健康診査・産婦健康診査・新生児聴覚スクリーニング検査助成券