

別記

第1号様式（第4条関係）

柳井市妊婦・乳児健康診査・新生児聴覚検査事業補助金交付申請書

年 月 日

（宛先）柳井市長

郵便番号 _____
申請者 住所 柳井市 _____
氏 名 _____
電話番号 _____

柳井市妊婦・乳児健康診査・新生児聴覚検査事業補助金交付要綱第4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 交付申請金額 合 計 _____ 円

2 健康診査費用 合 計 _____ 円

3 受診年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
（最後に受けた健診等の日）

4 健康診査種類（受診した項目について太枠欄に○を記入）

健康診査名		健康診査名	
第1回妊婦健康診査		第13回妊婦健康診査	
第2回妊婦健康診査		第14回妊婦健康診査	
第3回妊婦健康診査		性器クラミジア抗原検査 （原則第1～8回目と同時実施）	
第4回妊婦健康診査		多胎妊婦健康診査（1回目）	
第5回妊婦健康診査		多胎妊婦健康診査（2回目）	
第6回妊婦健康診査		多胎妊婦健康診査（3回目）	
第7回妊婦健康診査		多胎妊婦健康診査（4回目）	
第8回 妊婦健康診査	HTLV-1抗体検査 未実施	多胎妊婦健康診査（5回目）	
	HTLV-1抗体検査 実施	新生児聴覚検査（AABR）	
第9回妊婦健康診査		新生児聴覚検査（OAE）	
第10回妊婦健康診査		1か月児健康診査	
第11回妊婦健康診査		3か月児健康診査	
第12回妊婦健康診査		7か月児健康診査	

5 受診者氏名 _____（申請者との続柄 _____）

6 受診者生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

7 受診医療機関名 住 所 _____
名 称 _____

《添付書類》

- 1 領収書（別記第2号様式）又はこれに準ずるもので市長が認める書類
- 2 妊婦健康診査受診票、乳児一般健康診査受診票、新生児聴覚検査受診票（医師が記載、署名したもの）又はこれに準ずるもので市長が認める書類