# 八千代市健康診査・検査費用助成申請書（母子保健）

次のとおり，助成金の支給を受けたいので申請します。また，八千代市がこの申請に必要な情報について，調査及び医療機関等に照会することに同意します。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 申請する種別 | □妊婦健康診査　□産婦健康診査　□新生児聴覚検査 | | |
| 申請日 | 2 0 年 月 日 | 母子健康手帳別冊番号 | |
| 申請者名（受診者） | | フリガナ | |
| 生年月日（西暦） | 年 月 日 | 連絡先 | － － |
| 現住所 | | | |
| 受診時の住所 | □同上　八千代市 | | |
| 添付書類 | □使用していない健康診査受診票原本<br>※（産婦）受診医療機関が結果を記載した八千代市産婦健康診査受診票<br>※（産婦）受診者記載の八千代市産婦健康診査お母さんの気持ち質問票<br>□日本国内の医療機関又は助産所の領収書および明細書原本<br>□母子健康手帳に記載された各種健康診査記録の写し<br>□振込先が確認できるもの（預金通帳・口座情報の写し等）<br>※旧姓口座の場合は同一人物であることを証明できるものの添付が必要<br>□その他（　　） | | |
| 振込先 | 金融機関名 | 支店名 | （　　） |
| | 口座種別：普通 | 口座番号 | |
| | フリガナ | | |
| | 口座名義人 | | |
| 【申請者と振込口座名義人が違う場合】　□上記口座に振り込み願います。 | | | |
| 新生児聴覚検査の助成を受ける場合は，下記も記入してください。 | | | |
| お子様の氏名 | | フリガナ | |
| 生年月日（西暦） | 2 0 年 月 日 | | |

※助成申請の期限は，受診料を支払った日の翌日から起算して2年間となります。

以下八千代市記入欄

| | | | |
|---|---|---|---|
| 受付日 | ２０　年　月　日 | 請求金額 | 円 |
| 受付者 | | | |