

様式第1号（第4条関係）

外ヶ浜町妊産婦及び新生児助成金申請書

申請日 令和 年 月 日

外ヶ浜町長 殿

次のとおり関係書類を添えて申請します。

受付印

フリガナ		生年月日	
申請者氏名		年 月 日 (歳)	
住 所	〒030- 外ヶ浜町字	電話番号()	
分 娩 日	令和 年 月 日	病院名	

<input type="checkbox"/> 妊婦健診通院交通費 【居住地区】 <input type="checkbox"/> 蟹田 1,000円 <input type="checkbox"/> 平館 1,500円 <input type="checkbox"/> 三厩 2,000円	回数	健診受診日	回数	健診受診日
	1回目	年 月 日	8回目	年 月 日
	2回目	年 月 日	9回目	年 月 日
	3回目	年 月 日	10回目	年 月 日
	4回目	年 月 日	11回目	年 月 日
	5回目	年 月 日	12回目	年 月 日
	6回目	年 月 日	13回目	年 月 日
	7回目	年 月 日	14回目	年 月 日
<input type="checkbox"/> 産婦健診通院交通費	1回目	年 月 日	2回目	年 月 日
計 ①	@ 円 × 回 = 円 ①			
<input type="checkbox"/> 産婦健診受診費用	1回目	円 <input type="checkbox"/> 週間後健診 <input type="checkbox"/> 1か月後健診		
	2回目	円 <input type="checkbox"/> 週間後健診 <input type="checkbox"/> 1か月後健診		
計 ②	円 ②			
<input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査費用	<input type="checkbox"/> 初回	円 検査器機 <input type="checkbox"/> AABR <input type="checkbox"/> ABR <input type="checkbox"/> OAE		
	<input type="checkbox"/> 確認	円 検査器機 <input type="checkbox"/> AABR <input type="checkbox"/> 他 ()		
	病院名			
計 ③	円 ③			

合計 ①+②+③	申請金額	円
----------	------	---

金融機関名	銀行・農協・漁協	本店・支店
	信用組合・金庫	口座種別 普通・当座
フリガナ	口座番号	
口座名義人		

【確認書類】

- 妊婦定期健診日・産婦健診日・分娩日・新生児聴覚検査実施日がわかる母子健康手帳の写し。
- 妊産婦本人名義の通帳・本人確認できるものの写し（健康保険証・運転免許証・マイナンバー等）。

受付担当確認印

別表（第3条関係）

助成事業の内容と助成金額

助成事業	内 容	助成金額
妊婦健康診査通院交通費 産婦健康診査交通費	<p>・町が交付する妊婦一般健康診査受診票を利用した妊婦健康診査（全14回を限度）及び産後1か月までに行われる産婦健康診査（1～2回）のために、町内居住地から通院した交通費の一部を助成する。</p> <p>・金額は、町内居住地区に応じて1回通院あたりの助成金額を定める。</p>	<p>通院1回あたり</p> <ul style="list-style-type: none"> ・蟹田地区居住者 1,000円 ・平舘地区居住者 1,500円 ・三厩地区居住者 2,000円
産婦健康診査費用	<p>・産後1か月までに行われる産婦健康診査のために支払った健診費用（2回まで）を助成する。</p>	全 額
新生児聴覚検査費用	<p>・新生児が入院中に保護者の希望により実施する聴覚検査費用（初回検査及び確認検査の計2回まで）を助成する。ただし、検査費用が分娩費用に含まれる場合は助成対象外とする。</p> <p>*確認検査とは、初回検査で所見があった場合に実施する再検査。</p>	全 額