（申請の種類）☐ 妊婦健康診査　☐ 産婦健康診査
☐ 新生児聴覚検査　☐ 1か月児健康診査

費用助成申請書

横須賀市長あて

関係書類を添えて、上記健康診査等費用の助成申請をします。横須賀市がこの申請に必要な情報について調査すること、医療機関等に健康診査等の内容について照会することに同意します。

【申請日】　　年　　月　　日

申請者記入欄	住所　〒　－　横須賀市		※ 申請日に住所が市外の方は下記に受診日の時の住所を記載してください
	フリガナ 申請者氏名 （自署）		※左記（申請者名）を自署していないときは、氏名の右側に押印してください。
	電話番号（日中連絡の取れるところ） －　－		出産予定日（出産した日） 年　月　日
	フリガナ お子様の氏名（生まれていないときは記入不要）　※お子様が、多胎児等のときは全員記載してください。		
	お子様の生年月日（生まれていないときは記入不要） 年　月　日		
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫	支店名　本店 支店
	預金種別	普通・当座・その他	口座番号
	フリガナ 口座名義人 （申請者）		※この助成金について、左記名義人の上記口座への振込みを希望します。 申請者（自署）

※の欄は記入しないでください。

	申請の種類	使用する補助券	枚数	申請額（円） ◎上限金額は、各補助券に記載されている金額×枚数	※決定額（円）	備考
申請内容	妊婦健康診査	10，000円券（①・⑬・⑭）				
		5，000円券（②～⑫・⑮・⑯）				
		合計				
	産婦健康診査	5，000円券（①・②）				
	新生児聴覚検査	AABR（3，000円）・OAE（1,500円）				
	1か月児健康診査	4，000円券				
	合計					

〈事務処理欄〉 別冊番号　－ 別冊交付日　・　・ 市民になった日　申請者　・　・ 子　・　・	〈書類確認欄〉 ☐ 母子健康手帳　☐ 補助券 ☐ 領収書　☐ 明細書 ☐ お母さんのための子育てアンケート ☐ 振込口座確認書類（通帳等）	〈センター名〉 北・南・西・地域	〈受付者名〉
〈地域健康課への伝達事項〉		〈受付印〉	