

周南市妊産婦・乳幼児健康診査及び新生児聴覚検査補助金交付申請書

年 月 日

(宛先)周南市長

郵便番号

申請者 住 所 周南市

氏 名

電話番号

周南市妊産婦・乳幼児健康診査及び新生児聴覚検査補助金交付要綱第5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 補助年度		年度	2 補助金の交付申請の額	円
3 受診年月日		年 月 日	4 健康診査費用	円
5 受診者氏名			6 受診者生年月日 年 月 日	
7 健康 診 査 名	妊婦健康診査	1回目分・2回目分・3回目分・4回目分・5回目分 6回目分・7回目分・8回目分・9回目分・10回目分 11回目分・12回目分・13回目分・14回目分 (多胎妊婦の追加受診) 1回目分・2回目分・3回目分・4回目分・5回目分		
		クラミジア抗原検査 (1・2・3・4・5・6・7・8回目のいずれかで使用)		
	産婦健康診査	産後2週間 ・ 産後1か月		
	新生児聴覚検査	初回検査 (AABR ・ OAE)		
	乳児健康診査	1か月児 ・ 3か月児 ・ 7か月児		
	幼児健康診査	1歳6か月児・1歳6か月児(歯科)・3歳児(歯科)		
8 受診医療機関		名 称		
		所在地		

添付書類

- 1 領収書(原本)
- 2 健康診査受診票(医師又は助産師が署名したもの)又は母子健康手帳の受診結果のページの写し(新生児聴覚検査については受診結果がわかるもの)