

別記

様式第1号（第5条関係）

妊産婦及び乳児健康診査費並びに新生児聴覚スクリーニング検査費助成申請書

（宛先）佐倉市長

年 月 日

（申請者）※受診者本人又は保護者

住所

氏名

電話

佐倉市妊産婦及び乳児健康診査費並びに新生児聴覚スクリーニング検査費助成事業の実施に関する規則第5条の規定により、以下のとおり申請します。

【妊産婦健康診査】

受診者氏名		生年月日	年 月 日
多胎有無	あり ・ なし		

【乳児健康診査・新生児聴覚スクリーニング検査】

受診者氏名		生年月日	年 月 日
-------	--	------	-------

【振込先口座情報】

金融機関名		種 別	普通・当 座
支店名等		口座番号	
口座名義人	カタカナで記載してください。		

担当：佐倉市役所 母子保健課 母子保健班（佐倉市健康管理センター） ☎043-485-6712

（添付書類）

(妊婦又は乳児) 1 健診料の領収書 2 本市が交付した健康診査の受診票（未使用であるもの。※多胎の追加助成の場合は不要） 3 健康診査の結果が記入された母子健康手帳の写し 4 健診料の内訳を証明する書類 (産婦) 1 健診料の領収書 2 本市が交付した健康診査の結果が記入された受診票 3 健康診査時に記入した質問票 4 健診料の内訳を証明する書類 (新生児) 1 健診料の領収書 2 本市が交付した検査の結果が記入された受診票 3 検査の結果が記入された母子健康手帳の写し 4 健診料の内訳を証明する書類
--