

## 大田区里帰り等妊婦健康診査・新生児聴覚検査費用助成申請書

妊婦健康診査・新生児聴覚検査（契約外医療機関等受診分）の費用助成を申請します。  
また、この申請に必要な住民基本台帳に関する情報について、大田区が調査することに同意します。

令和 年 月 日

(宛先) 大田区長

(フリガナ)

申請者(受診者)氏名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

生年月日 昭和・平成 年 月 日 ( 歳 )

※新生児聴覚検査費用助成のみの申請の方も申請者は妊婦健診を受けた方となります。

受診医療機関名	
受診医療機関住所	

※ 裏面に契約外医療機関等での妊婦健診等の受診・支払い状況を記入してください。

※ 消せるボールペンは使用しないでください。

※ 氏名の訂正はできません。(受診者とは妊婦健診を受診した方です)

健康づくり課使用欄（点線以下は記入しないでください。）

母子健康手帳確認 領収書確認 未使用受診票確認 その他 ( )

上記申請について、

1 支給を決定する。

支給額 \_\_\_\_\_ 円

支給内容: 1 妊婦健診1回目 2 妊婦健診2回目以降( 回分)  
3 超音波検査 4 妊婦子宮頸がん検診  
5 新生児聴覚検査

収受印

2 不支給を決定する。

理由 \_\_\_\_\_

月 日 決定