

●申請に必要な書類

※ご提出いただいた領収書・明細書はお返ししませんので、原本が必要な方はコピーをご提出ください。

妊婦健康診査

- 母子健康手帳「妊娠中の経過」ページのコピー
- 使用できなかった補助券
- 領収書（原本またはコピー）
- 明細書（原本またはコピー）※領収書で検査費用を確認できる場合は明細書は不要です。

産婦健康診査

- 産婦健康診査券（結果の記入があるもの）
- お母さんの気持ち質問票
- 領収書（原本またはコピー）
- 明細書（原本またはコピー）※領収書で検査費用を確認できる場合は明細書は不要です。

新生児聴覚検査

- 受診券（検査実施機関による結果記入があるもの）
※受診券に結果記入がない場合は、母子健康手帳のコピー等、結果が確認できるものも提出してください
- 領収書（原本またはコピー）
- 明細書（原本またはコピー）※領収書で検査費用を確認できる場合は明細書は不要です。

1か月児健康診査
() 健康診査

- 受診券（検査実施機関による結果記入があるもの）
- 領収書（原本またはコピー）
- 明細書（原本またはコピー）※領収書で検査費用を確認できる場合は明細書は不要です。

●住所変更に係る申立書（受診・受検時の住所が現住所と異なる場合にご記入ください。）

下記のとおり、住所変更しましたので申し立ていたします。

受診・受検時住所 相模原市 区

受診・受検時の氏名

異動（変更）年 月 日

申請時の住所・氏名と受診・受検時の住所・氏名が異なる場合は変更前の住所・氏名を記入

●多胎児（双子以上）の場合（お2人目以降のお子様についてご記入ください。）

《2人目》

フリガナ 対象児 (子) 氏名	受診番号 (子)			0	0								
生年月日(子)			年			月			日				
<input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査	検査方法	<input type="checkbox"/> 自動ABR	<input type="checkbox"/> ABR	<input type="checkbox"/> OAE	検査日	年 月 日			検査費用	円			
(市記入欄) 助成金額		<input type="checkbox"/> 5,000円(ABR)		<input type="checkbox"/> 2,200円(OAE)		<input type="checkbox"/> 円		(市記入欄) 合計助成額					
<input type="checkbox"/> 1か月児健康診査	受診日		健診費用総額			(市記入欄) 助成金額			円				
年 月 日		円			<input type="checkbox"/> 5,000円			円					

《3人目》

フリガナ 対象児 (子) 氏名	受診番号 (子)			0	0								
生年月日(子)			年			月			日				
<input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査	検査方法	<input type="checkbox"/> 自動ABR	<input type="checkbox"/> ABR	<input type="checkbox"/> OAE	検査日	年 月 日			検査費用	円			
(市記入欄) 助成金額		<input type="checkbox"/> 5,000円(ABR)		<input type="checkbox"/> 2,200円(OAE)		<input type="checkbox"/> 円		(市記入欄) 合計助成額					
<input type="checkbox"/> 1か月児健康診査	受診日		健診費用総額			(市記入欄) 助成金額			円				
年 月 日		円			<input type="checkbox"/> 5,000円			円					

備考