



- 妊婦・産婦健康診査費助成金支給及び助成券交付申請書
- 多胎妊婦健康診査費助成金支給及び助成券交付申請書
- 新生児聴覚検査費助成金支給及び助成券交付申請書
- 1 か月児健康診査費助成金支給及び助成券交付申請書

三田市長 あて

下記のとおり、妊娠が確定したため下記のとおり申請します。なお、助成事業手続きのため、医療機関が三田市へ受診結果の報告をすること及び三田市が医療機関へ受診結果の問合せをすることを承諾します。

申請年月日	令和 年 月 日	助成券受取 <small>(妊産婦自身のサイン)</small>	
(フリガナ)		妊産婦 生 年 月 日	
【申請者】 妊産婦 氏 名	※氏名変更予定のある方は、新氏名 [ ]	昭和・平成  年 月 日	
妊産婦 住 所	〒669- 三田市  電話 ( ) 携帯 ( )		
出 産 (予 定) 日	令和 年 月 日		
■今回の妊娠中に三田市外から 転入された方	令和 年 月 日 転入 ( 市区町村より)		
■申請者が妊産婦本人以外の場合のみ	氏名 (続柄: )		

※ 太枠内にもみ記入してください。

※ 兵庫県協力医療機関（助産所）以外での受診については、助成券が使用できません。

その場合は受診後に、各々の助成金申請書及び請求書により償還払い申請をしてください。

<職員記載欄>

助成券交付	該当・非該当（理由： ）		
発行番号	-	転入前の受診：妊 回, 多 回, 聴 回, 1M 回 ※確認書類：母子健康手帳・その他 ( )	
母子健康手帳	交付日	三田市の助成	
	年 月 日	妊婦 回 円	5,000 円× 枚
	交付番号	産婦 回 円	1,000 円× 枚
	※三田市以外： 市区町村	多胎妊婦 回 円	5,000 円× 枚
		聴覚 初回検査 5,000 円	初回検査、確認検査
		聴覚 確認検査 5,000 円	あわせて1枚× 枚
	1 か月 回 6,000 円	6,000 円× 枚	
※申請者が妊産婦でない場合の確認 <small>(顔写真付きでない場合は2点必要)</small>	マイナンバーカード・運転免許証・写真付社員証・被保険者証・診察券・銀行等のキャッシュカード・クレジットカード・その他( )		