

# 県外で里帰り出産する妊婦さんへのお願い



県外の医療機関で、妊産婦健康診査等を受診する場合は、「妊婦健康診査受診票」「産婦健康診査受診票」「1か月児健康診査受診票」が利用できません。

医療機関窓口にて一旦費用を自己負担していただき、後日、こども家庭センターへ償還払いの申請をしていただくと、費用が戻ります。(※助成額上限あり)

## <申請のながれ> (※受診から1年以内に申請してください)

1. 医療機関で妊産婦健康診査、1か月児健康診査を受診する。
2. **医療機関で「受診票」の所見欄、健診実施日・担当医師名等を記入してもらう。**
3. 医療機関の窓口で健診料金を支払う。
4. こども家庭センターへ下記①～④を提出し、償還払いの申請をする。
  - ①妊産婦健康診査等助成申請書 (※申請者・振込先は妊産婦)
  - ②妊婦健康診査受診票 (第▼回目)、産婦健康診査受診票 (産後△△)、1か月児健康診査受診票
  - ③領収書 (※妊産婦健康診査・1か月児健康診査と明記のもの、または診療明細書を一緒に持参)
  - ④申請者名義の振込口座が確認できるもの
5. 申請からおおむね1~2か月後に助成額(※上限あり)をご指定の口座に振り込みます。

### ★必要書類①：妊産婦健康診査等助成申請書

様式第4号(第20号関係) 妊産婦健康診査等助成申請書

さくら市 様 年 月 日

申請者	住所	電話番号	生年月日
	ふりがな		年 月 日
	氏名	昭和 平成 年 月 日 生(歳)	
振込金融機関	銀行 本店 口座番号		
	郵便 支店		
	信用組合 支所 振込先		
	信用金庫 出張所 口座名義		
	ゆうちょ銀行 店名		

※この欄は記入しないでください。

決	額	額	保	保	例	年	月	日
					決定			
					支給日			

審査結果

健診受診日	支払金額(健診料金)	支給総額	健診受診日	支払金額(健診料金)	支給総額
初産 1回目 年 月 日	円	円	初産 10回目 年 月 日	円	円
初産 2回目 年 月 日	円	円	初産 11回目 年 月 日	円	円
初産 3回目 年 月 日	円	円	初産 12回目 年 月 日	円	円
初産 4回目 年 月 日	円	円	初産 13回目 年 月 日	円	円
初産 5回目 年 月 日	円	円	初産 14回目 年 月 日	円	円
初産 6回目 年 月 日	円	円	経産 2週間 年 月 日	円	円
初産 7回目 年 月 日	円	円	経産 1か月 年 月 日	円	円
初産 8回目 年 月 日	円	円	1か月児 年 月 日	円	円
初産 9回目 年 月 日	円	円	合計金額		円

### ★必要書類②：受診票

様式第1号-4 妊婦健康診査受診票 (第9回目)

氏名 生年月日

居住地 さくら市

妊婦健康診査日 出産予定日

各受診医療機関の長 様

なお、この健康診査の結果により保健師等による保健指導を行うことがありますので、所見欄に結果を御記入ください。

5,000円以上の場合 ○印を記入のこと	5,000円未満の場合 金額を記入のこと
5,000円	円

妊 娠 週 数	週 (第 月)
身 長 ・ 体 重	異常なし・要指導 ( )
血 圧	正常範囲・要経過観察・要治療 ( )
尿 検 査	糖 ( ) ・ 蛋白 ( )
超音波検査	実施 ・ 未実施

健康診査実施年月日 年 月 日

受 託 医 療 機 関 名 担当医師氏名

※必ず、医療機関に健診実施日  
担当医名等を記入してもらう

### ★必要書類③：領収書

※受診票の健診日と同日のもの  
※妊産婦健康診査・1か月児健康診査と  
明記のもの、または診療明細書を一緒に持参

### ★必要書類④：振込口座が確認できるもの

※申請者名義のもの

【お問合せ】 さくら市こども家庭センター TEL:028-616-3732

# 県外で新生児聴覚検査を受ける方へ



県外の医療機関で、新生児聴覚検査を受診する場合は、『新生児聴覚検査受診票』が利用できません。

医療機関窓口にて一旦費用を自己負担していただき、後日、こども家庭センターへ償還払いの申請をしていただくと、費用が戻ります。(※助成額上限あり)

## <申請のながれ> (※受診から1年以内に申請してください)

1. 医療機関で新生児聴覚検査を受診する。
2. **医療機関で「受診票」の所見欄、健診実施日・担当医師名等を記入してもらう。**
3. 医療機関の窓口で検査料金を支払う。
4. こども家庭センターへ下記①～④を提出し、償還払いの申請をする。
  - ①新生児聴覚検査助成申請書兼請求書 (※医療機関の記入欄あり)
  - ②新生児聴覚検査受診票
  - ③領収書  
(※新生児聴覚検査と明記のもの、または診療明細書を一緒に持参)
  - ④申請者名義の振込口座が確認できるもの
5. 申請からおおむね1~2か月後に助成額(※上限あり)をご指定の口座に振り込みます。

### ★必要書類①：

#### 新生児聴覚検査助成申請書兼請求書

様式第4号(第9条関係)	
申請者記入欄	
新生児聴覚検査助成申請書兼請求書 さくら市長 様 年 月 日 申請者 住所 氏名 (電話 - )	
被検査者氏名	(ふりがな) 生 年 月 日 男 女 (満 歳 か月)
助成対象者住所氏名	住所 被検査者との続柄 氏名
振込先金融機関名	銀行 支店 口座番号 (普・当) フリガナ 口座名義
※ 助成対象者は保護者名とし、申請者名及び口座名義のいずれも統一してください。	
医療機関記入欄	
新生児聴覚検査 ※右記どちらかを○で開んでください。	初回 自動 ABR・OAE 確認 自動 ABR・OAE 医療機関
検査費用	円 所在地 名称 代表者名
検査年月日	年 月 日
決 裁	課長 課長補佐 係長 係 受 付 年 月 日 決 定 年 月 日 支 給 年 月 日
交付決定の状況	支給金額 円
※ 領収書の写し及び受診票を添付してください。	

### ★必要書類④：振込口座が確認できるもの

※申請者名義のもの

### ★必要書類②：受診票

様式第1号(第4条関係)	
新生児聴覚検査受診票	
氏名	生年月日
居住地	所属施設
	出生日
各受診医療機関の長 様	
上記の療養が出席した新生児について、次の検査を委託します。 なおこの検査の結果により保健指導による保健指導を行うことがありますので、所見欄に結果を御記入ください。	
	5,000円以上の場合 (0歳を記入のこと) 5,000円未満の場合 5,000円 医療費負担の割合 円
検査日	年 月 日 (生後 日)
検査方法	<input type="checkbox"/> 自動 ABR <input type="checkbox"/> OAE
検査結果	【右】 <input type="checkbox"/> 異常なし (パス) <input type="checkbox"/> 要再検査 (リファア) 【左】 <input type="checkbox"/> 異常なし (パス) <input type="checkbox"/> 要再検査 (リファア) ※検査結果を母子手帳に記載してください
検査日	年 月 日 (生後 日)
検査方法	<input type="checkbox"/> 自動 ABR <input type="checkbox"/> OAE <input type="checkbox"/> その他 ( )
検査結果	【右】 <input type="checkbox"/> 異常なし (パス) <input type="checkbox"/> 要再検査 (リファア) 【左】 <input type="checkbox"/> 異常なし (パス) <input type="checkbox"/> 要再検査 (リファア) ※検査結果を母子手帳に記載してください 異常なし・要措置検査※・その他 ( )
総合所見	※聴音検査結果分室医療機関 聴音検査結果分室医療機関 聴音検査結果分室医療機関 自治医科大学病院 聖隷医科大学病院 足利市立病院 国際医療福祉大学クリニック 沼津総合センター 済生会宇都宮病院 その他 ( )
連絡事項	(保健指導等の連絡)
年 月 日 受診医療機関名 担当医師氏名	

※必ず、医療機関に健診実施日  
担当医名等を記入してもらう

### ★必要書類③：領収書

※受診票の健診日と同日のもの  
※新生児聴覚検査と明記のもの、  
または診療明細書を一緒に持参