

長崎市初回産科健康診査受診票交付申請書

令和 年 月 日

(あて先) 長崎市 長

申請者 住所 長崎市魚の町〇番〇号

申請者の住所・氏名を記入ください。

氏名 長崎 花子 受診者との続柄 ( )

長崎市妊産婦及び乳幼児健康診査実施要綱第6条の規定により、関係書類を添えて、申請します。

ふりがな	ナガサキ ハナコ		生 年 月 日
受診者氏名	長崎 花子		(昭和) 平成 〇〇年 〇月 〇〇日 ( 〇〇歳)
住所	<input checked="" type="checkbox"/> 同上 (申請者と同一の場合)		
電話番号	090-△△△△-△△△△		
妊娠について	<input checked="" type="checkbox"/> 市販の妊娠検査薬で陽性を確認した (検査日 令和 〇〇年 〇月 〇〇日) <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関で妊娠判定を受けていない		
経済状況	<input checked="" type="checkbox"/> 住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
受診予定の産科医療機関	<input type="checkbox"/> 未定 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 予定 ( ) (次回の受診予定 令和 〇〇年 〇月 〇〇日)		
審査のため、世帯全員の課税及び住民基本台帳を閲覧すること及び長崎市が必要な支援を提供するため医療機関等へ受診内容や家庭の状況等を共有することについて同意します。			

\* (添付書類) 世帯調書 (第9号様式)

# 世帯調書

				長崎市記載欄	
	氏名	対象者との続柄	生年月日	年間所得税額	備考
同居の世帯構成員	長崎 花子	本人	〇〇年〇月〇〇日		
	長崎 太郎	夫			受診者本人の氏名・続柄・生年月日を記入してください。
					同じ世帯の方で生計を同じくしている方がいる場合は氏名・続柄・生年月日を記入してください。
同居外の世帯構成員	長崎 一郎	父	〇〇年〇月〇〇日		
	住所 長崎県△△市〇〇町□-□□				
					別世帯の方で生計を同じくしている方がいる場合はその方の氏名・続柄・生年月日を記入してください。
	住所				

**注意事項**

- 1 世帯構成員欄には、本人と生計を同じくしている人を全員（本人を含む）記入してください。
- 2 世帯構成員の中に初回産科健康診査を受診した年の1月1日時点で長崎市民でなかった方がいる場合は1月1日時点にお住まいだった自治体が発行する課税状況が分かるもの（課税証明書等）を添付してください。

長崎市初回産科健康診査自己負担健診費交付申請書

令和 〇 年 〇 月 〇 日

(あて先) 長崎市 長

受診者の住所・氏名を記入ください。ただし、受診者名義の振込口座がない場合は別の方を申請者とすることができます。

申請者

住所 長崎市魚の町〇番〇号

氏名 長崎 花子

受診者との続柄 ( )

長崎市妊産婦及び乳幼児健康診査実施要綱第10条の規定により、関係書類を添えて申請します。

ふりがな	ナガサキ ハナコ		生 年 月 日	
受診者氏名	長崎 花子		昭和・平成	〇〇年 〇月 〇〇日 ( 〇〇歳)
住所	<input checked="" type="checkbox"/> 同上 (申請者と同一の場合)			
電話番号	090-△△△△-△△△△			
妊娠について	<input checked="" type="checkbox"/> 市販の妊娠検査薬で陽性を確認した (検査日 令和 〇〇年 〇月 〇〇日)		該当するものに☑してください。	
経済状況	<input checked="" type="checkbox"/> 住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 生活保護世帯	
受診した産科医療機関	〇〇産婦人科		金額が不明な場合は空欄でかまいません。	
申請額	10,000		円 (上限10,000円)	
審査のため、世帯全員の課税及び住民基本台帳を閲覧すること及び長崎市が必要な支援を提供するため医療機関等へ受診内容や家庭の状況等を共有することについて同意します。				

振込先

金融機関名	〇〇	銀行 金庫	〇〇	本店 支店	預金種別	普通・当座			
フリガナ	受診者名義のものを記入ください。			右づめで記入ください。					
口座名義人	口座番号		0	1	2	3	4	5	6

\*本申請が承認された場合は、上記口座(申請者名義)に振り込んでください。なお、申請者と受診者が異なる場合は、申請に係る委任状または関係を証明する書類を添付してください。

\* (添付書類) 領収書 (原本又は写し) ・世帯調書 (第9号様式)

\* (注) 受診した日から起算して1年内に申請ください。