提出書類について

①「委託医療機関等以外で受診した妊産婦健康診査・新生児聴覚スクリーニング検査・1 か月児健康診査の検査項目とその結果を確認できる書類」

妊婦健康診査・産婦健康診査・新生児聴覚スクリーニング検査助成券・1 か月児健康診査受診票を指します。

助成券及び受診票は、妊産婦健康診査、新生児聴覚スクリーニング検査、1か月児健康診査実施時に必ず医療機関又は助産所へ提示し、受診年月日と医療機関所在地、検査項目欄がある助成券は検査結果等 を記載してもらい、申請書類に添付してください。

妊婦健康診査助成券（14，120円） 妊娠初期 ① （1/2）

（医療機関保管用）

母子健康手帳No.		妊娠 週	
フリガナ			
妊婦氏名		出産予定日 令和 年 月 日	
住所（住民票のある住所）	〒	（ ）	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 （ 歳）		

この助成券により、妊婦健康診査でかかった費用のうち

上限額１４，１２０円が差し引かれます。

実施した検査により助成額が異なります（詳細は、助成額算出表による）

検査年月日	令和 年 月 日		
1 診察	異常なし 要指導・要治療（ ）	7 血圧測定	/ mmHg
2 梅毒血清反応検査（定性）	陰性・陽性	8 尿化学検査 (1)蛋白 (2)糖 (3)ケトン体	（ ） （ ） （ ）
3 血色素検査	g/dl		
4 グルコース	mg/dl	9 風疹ウイルス抗体検査	
5 血液型検査（ABO・抗Rh）	Rh ＋・－	10 HBs抗原検査	陰性・陽性
6 不規則抗体	陰性・陽性	11 HCV抗体検査	陰性・陽性

市町村への連絡事項

医療機関所在地
医療機関名
医師氏名

＜妊婦の方へ＞

・上記検査に係る費用の一部について公費で負担するものであり、無料券ではありません。
・右記算出表による助成額を超えた分については、自己負担となります。
・①～⑭の助成券は、妊婦健康診査１回につき、１枚使用できます。
・この助成券は、助産所では使用できません。

＜助成額算出表＞（医療機関使用欄）
（実施した健診・検査に「○」を記入してください）

検査内訳	実施	助成額(円)
基本健診（上記1～8）		11,680
風疹ウイルス抗体検査（上記9）		800
HBs抗原検査（上記10）		400
HCV抗体検査（上記11）		1,240
助成額（「実施」欄に○を記入した健診・検査の金額を合計してください）		

発行市町村外へ転出された場合には、この助成券の使用はできません。

7 8年度①

妊産婦自身でご記入ください

妊産婦健康診査、新生児聴覚スクリーニング検査時に、医療機関等へ必ず提示し、記入してもらってください。

（医療機関保管用）

深谷市1か月児健康診査受診票（生後27日以降～6週間未満）

乳児氏名	フリガナ	生年月日	R 年 月 日生
母親氏名	フリガナ	電話番号	
乳児住所	深谷市		

・この券は、健診に要した費用の一部（上限6,000円）を補助するものであり、無料券ではありません。
・この券は、本人以外使用できません。また、健診日に深谷市に住所がある場合に使用できます。
・お子さん一人につき１回限りです。
・結果により支援が必要な場合は、医療機関から市、市から受診者に連絡することがあります。

1 健康診査結果 ＊健康診査結果は母子健康手帳にも記入してください。

体重 g	身長 cm	頭囲 cm	栄養状態 1 良 2 要指導	栄養方法 1 母乳 2 混合 3 人工乳
新生児聴覚検査	1 実施済み	2 指導済み	＊実施を確認し、左欄の番号に○をつけてください。未実施の場合は、医療機関で指導をした後に○をつけてください。	
先天性代謝異常検査	1 実施済み	2 指導済み		
ビタミンK2の投与	1 実施済み	2 指導済み		
便色カード確認	1 実施済み	2 指導済み		

診察所見 1 なし 2 あり ＊所見ありの場合、内容を記入してください。

判定 1 異常なし 2 既医療 3 要経過観察 4 要精密 5 要治療

2 市への連絡の必要性

1 なし 2 あり （ 月 日に、下記のとおり連絡済み）

生活環境、授乳状況 育児不安、その他 市への連絡事項

＊「2 あり」の場合には、連絡事項欄への記入と共に速やかに、深谷市保健センターへ連絡をしてください。
＊「産婦健康診査連絡票」にて連絡をする場合は、連絡事項への記載は不要です。

健診年月日	R 年 月 日
医療機関 担当医師	

保護者がご記入ください

1か月児健康診査時に、医療機関等へ必ず提示し、記入してもらってください。

②「受診した医療機関等が発行した領収書の写し（提出用）と原本（確認用）」

領収書と合わせて明細書が医療機関等より発行されている場合は、一緒に添付してください。

③「助成金の振込先となる申請者名義の口座の通帳（確認用）」

申請者名義（妊産婦本人）の通帳をご用意ください。

④「未使用の助成券・受診票」

⑤「母子健康手帳（確認用）」