

# 郵送での償還払いの手続き方法について

## ○妊娠健診費用の償還払いに必要な書類

- ① 昭島市妊娠健診受診料補助金 交付申請書
- ② 昭島市妊娠健診受診料補助金 請求書
- ③ 委託外医療機関で支払った費用の領収書（原本）
- ④ 未使用の妊娠健診受診票（妊娠超音波検査受診票等を含む）
- ⑤ 母子健康手帳の妊娠健診の結果が記載されたページのコピー
- ⑥ 母子健康手帳の表紙のコピー

## ○新生児聴覚検査費用の償還払いに必要な書類

- ① 昭島市新生児聴覚検査受診料補助金 交付申請書
- ② 昭島市新生児聴覚検査受診料補助金 請求書
- ③ 委託外医療機関で支払った新生児聴覚検査費用の領収書（原本）と明細書（コピーでも可）
- ④ 未使用の新生児聴覚検査受診票
- ⑤ 母子健康手帳の新生児聴覚検査の結果が記載されたページのコピー
- ⑥ 母子健康手帳の表紙のコピー

### ＜注意事項＞

- ・交付申請書と請求書については記入例がありますので、ご確認ください。
- ・印鑑はシャチハタ不可です。
- ・ゆうちょ銀行の場合は【他金融機関からの振込の受取口座】をご記入ください。
- ・訂正が必要な場合は、訂正箇所に2重線を引き、訂正印を押してください。

\*上記の必要な書類を下記問合せ先まで郵送で送付してください。

\*書類に不備等がありますと、電話連絡もしくは再度郵送でのやりとりが必要となる場合があります。

\*申請後、審査を行い、補助金の金額が決定するまでに、2か月程度お時間をいただいています。

\*領収書と明細書の原本につきましては、審査が終わるまで、母子保健係で保管をし、審査が終わりましたら、郵送にて返却させていただきます。

\*ご不明な点がありましたら、問合せ先までご連絡ください。

〒196-0012

東京都昭島市つつじが丘 3-3-15 アキシマエンシス校舎棟3階  
こども家庭センター 母子保健係

TEL : 042-519-6006 FAX : 042-519-2803