

妊産婦・乳児健康診査費助成金交付申請書

年 月 日

豊明市長 殿

申請者 住 所
氏 名
電話番号

関係書類を添えて、下記のとおり妊産婦・乳児健康診査費助成金の交付申請をします。

記				
受診者名	妊産婦氏名	生年月日 年 月 日		
	乳児氏名	生年月日 年 月 日		
(乳児のみの場合は) 保護者氏名				
助成申請金額		金額 円		
健診詳細	☐ 第 1 回妊婦健康診査	金額 円	☐ 第 11 回妊婦健康診査	金額 円
	☐ 第 2 回妊婦健康診査	金額 円	☐ 第 12 回妊婦健康診査	金額 円
	☐ 第 3 回妊婦健康診査	金額 円	☐ 第 13 回妊婦健康診査	金額 円
	☐ 第 4 回妊婦健康診査	金額 円	☐ 第 14 回妊婦健康診査	金額 円
	☐ 第 5 回妊婦健康診査	金額 円	☐ 子宮頸がん検診	金額 円
	☐ 第 6 回妊婦健康診査	金額 円	☐ 第 1 回産婦健康診査	金額 円
	☐ 第 7 回妊婦健康診査	金額 円	☐ 第 2 回産婦健康診査	金額 円
	☐ 第 8 回妊婦健康診査	金額 円	☐ 第 1 回乳児健康診査	金額 円
	☐ 第 9 回妊婦健康診査	金額 円	☐ 第 2 回乳児健康診査	金額 円
	☐ 第 10 回妊婦健康診査	金額 円	☐ 新生児聴覚検査	金額 円
出産（予定）日		年 月 日		
受診医療機関 (住所・名称・電話番号)				

※添付書類
①（受診票裏面の） 妊婦、産婦、乳児健康診査及び新生児聴覚検査結果報告書
② 健康診査における医療機関の発行する領収書
* 申請の際は、母子健康手帳と振込先の預金通帳を持参してください。