

我孫子市妊産婦・乳児健康診査等助成金交付申請書

年 月 日

我孫子市長 あて

住 所
申請者 氏 名
電話番号

妊産婦・乳児健康診査等の受診料の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

受診者	フリガナ		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
	氏 名			
	住 所	我孫子市		
受診施設	名 称			
	所 在 地			
	電 話 番 号			

妊婦健康診査申請内訳 (助成額の欄は、記入しないでください。)

票種	券種	受診日	支払金額	助成額 (市記入欄)	票種	券種	受診日	支払金額	助成額 (市記入欄)	多胎加算	受診日	支払金額	助成額 (市記入欄)
A票	3	年 月 日	円	円	C-1票	G	年 月 日	円	円		年 月 日	円	円
B票	D	年 月 日	円	円	C-1票	8	年 月 日	円	円		年 月 日	円	円
B票	E	年 月 日	円	円	C-1票	K	年 月 日	円	円		年 月 日	円	円
B票	H	年 月 日	円	円	C-1票	9	年 月 日	円	円		年 月 日	円	円
B票	L	年 月 日	円	円	C-1票	M	年 月 日	円	円		年 月 日	円	円
C-1票	6	年 月 日	円	円	C-2票	F	年 月 日	円	円		-	-	-
C-1票	7	年 月 日	円	円	C-2票	N	年 月 日	円	円		-	-	-

産婦健康診査申請内訳 (助成額の欄は、記入しないでください。)

券種	受診日	支払金額	助成額 (市記入欄)	券種	受診日	支払金額	助成額 (市記入欄)
1回目 (2週間)	年 月 日	円	円	2回目 (1か月)	年 月 日	円	円

乳児健康診査申請内訳 (助成額の欄は、記入しないでください。)

券種	受診日	支払金額	助成額 (市記入欄)	券種	受診日	支払金額	助成額 (市記入欄)
1回目 (1か月)	年 月 日	円	円	2回目 (3~6か月)	年 月 日	円	円
3回目 (9~11か月)	年 月 日	円					

新生児聴覚スクリーニング検査申請内訳 (助成額の欄は、記入しないでください。)

券種	受診日	支払金額	助成額 (市記入欄)
1回目 (50日目まで)	年 月 日	円	円

添付書類

- 1 妊婦健康診査、産婦健康診査若しくは乳児健康診査又は新生児聴覚スクリーニング検査の受診料に係る領収書
- 2 未使用の妊産婦・乳児健康診査等受診票 (ただし、多胎妊娠をしている妊婦の場合を除く。)
- 3 母子健康手帳の妊娠中の経過又は妊産婦・乳児健康診査等の受診履歴が分かるページの写し
- 4 その他市長が必要があると認める書類