

穴水町妊産婦・乳児健康診査費助成金交付申請書

年 月 日

穴水町長 様

穴水町妊産婦・乳児健康診査事業実施要綱の規定により、次のとおり関係書類を添えて助成金の交付を申請します。なお、本申請の審査に必要な範囲で、住民基本台帳等の確認を行うことに同意します。

申請者 住所
氏名
電話

印

受診者氏名	妊産婦： (年 月 日生)
	乳児： (年 月 日生)

受診票種類	受診月日	医療機関名	受診者負担額 (A)	交付限度額 (B)	交付申請額 (A)と(B)で小さいもの
妊婦 1 回目	年 月 日		円	26,280 円	円
妊婦 2 回目	年 月 日		円	6,360 円	円
妊婦 3 回目	年 月 日		円	5,760 円	円
妊婦 4 回目	年 月 日		円	10,540 円	円
妊婦 5 回目	年 月 日		円	5,760 円	円
妊婦 6 回目	年 月 日		円	5,760 円	円
妊婦 7 回目	年 月 日		円	5,760 円	円
妊婦 8 回目	年 月 日		円	13,920 円	円
妊婦 9 回目	年 月 日		円	5,760 円	円
妊婦 10 回目	年 月 日		円	5,760 円	円
妊婦 11 回目	年 月 日		円	14,240 円	円
妊婦 12 回目	年 月 日		円	7,590 円	円
妊婦 13 回目	年 月 日		円	5,760 円	円
妊婦 14 回目	年 月 日		円	5,760 円	円
妊婦 15 回目	年 月 日		円	5,760 円	円
妊婦 16 回目	年 月 日		円	5,760 円	円
妊婦 17 回目	年 月 日		円	5,760 円	円
産婦 1 回目	年 月 日		円	5,000 円	円
産婦 2 回目	年 月 日		円	6,050 円	円
乳児 1 回目	年 月 日		円	6,020 円	円
乳児 2 回目	年 月 日		円	6,020 円	円
新生児聴覚スクリーニング検査	年 月 日		円	円	円

交付申請額： 円

金融機関名			支店名	
種 別	普通・当座	口座番号		
(フリガナ) 口座名義人				

備 考 1 健康診査領収書を添付してください。 2 処理欄は記入しないでください。

処理欄	決定年月日	(内 訳)	妊婦健診 (1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14)	円
	年 月 日		妊婦健診超過回 (15. 16. 17)	円
	支給決定額		産婦健診 (1・2)・乳児健診 (1・2)	円
	円		新生児聴覚スクリーニング検査	円

