

穴水町妊産婦・乳児健康診査費助成金支給申請書

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 _____ 印
電 話 _____

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	支給申請額	助成限度額
妊婦 1 回目	年 月 日		円	25,370 円
妊婦 2 回目	年 月 日		円	6,350 円
妊婦 3 回目	年 月 日		円	5,750 円
妊婦 4 回目	年 月 日		円	10,530 円
妊婦 5 回目	年 月 日		円	5,750 円
妊婦 6 回目	年 月 日		円	5,750 円
妊婦 7 回目	年 月 日		円	5,750 円
妊婦 8 回目	年 月 日		円	13,790 円
妊婦 9 回目	年 月 日		円	5,750 円
妊婦 10 回目	年 月 日		円	9,350 円
妊婦 11 回目	年 月 日		円	10,530 円
妊婦 12 回目	年 月 日		円	7,460 円
妊婦 13 回目	年 月 日		円	5,750 円
妊婦 14 回目	年 月 日		円	5,750 円
妊婦 15 回目	年 月 日		円	5,750 円
妊婦 16 回目	年 月 日		円	5,750 円
妊婦 17 回目	年 月 日		円	5,750 円
産 婦	年 月 日		円	6,050 円
乳児 1 回目	年 月 日		円	5,740 円
乳児 2 回目	年 月 日		円	5,740 円

支給申請額： 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下さい。 2 処理欄は記入しないで下さい。

処理欄	決定年月日	年	月	日	(内訳)	妊婦 (1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14)	円
	支給決定額			円		妊婦超過回 (15. 16. 17)	円
						産婦	円
						乳児 (1・2)	円