

第1号様式（第6条関係） **記入見本** 赤枠のみ記入してください

新居浜市妊婦一般健康診査等に係る補助金交付申請書

記入しないでください→ 年 月 日

（宛先）新居浜市長

私は、妊婦一般健康診査等に係る補助金交付要綱第6条の規定により、補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

また、上記の補助金交付申請に係る審査に当たり、市長が私の住民基本台帳の閲覧を行うことに同意いたします。

1 申請者

母子健康手帳番号		電話番号	—	—
住 所	建物名・号室も記入してください			
ふりがな 氏 名	自署			

2 金 額

		百	十	万	千	百	十	円
--	--	---	---	---	---	---	---	---

3 内 訳

	区 分	受診年月日	自己負担額	補助上限額	申 請 額
妊婦一般健康診査	初 回（5－1）	年 月 日	円	円	円
	第2回（9－1）	年 月 日	円	円	円
	第3回（5－2）	年 月 日	円	円	円
	第4回（9－2）	年 月 日	円	円	円
	第5回（5－3）	年 月 日	円	円	円
	第6回（9－3）	年 月 日	円	円	円
	第7回（5－4）	年 月 日	円	円	円
	第8回（9－4）	年 月 日	円	円	円
	第9回（9－5）	年 月 日	円	円	円
	第10回（5－5）	年 月 日	円	円	円
	第11回（9－6）	年 月 日	円	円	円
	第12回（9－7）	年 月 日	円	円	円
	第13回（9－8）	年 月 日	円	円	円
	第14回（9－9）	年 月 日	円	円	円
	多胎（5－1）	年 月 日	円	円	円
	多胎（5－2）	年 月 日	円	円	円
	多胎（5－3）	年 月 日	円	円	円
多胎（5－4）	年 月 日	円	円	円	
多胎（5－5）	年 月 日	円	円	円	
申請額合計					円

	区 分	受診年月日	自己負担額	補助上限額	申 請 額
健康 産婦 診査	産後 2 週間頃	年 月 日	円	円	円
	産後 1 か月頃	年 月 日	円	円	円
	申請額合計				円
聴覚 新生児 検査	初回検査	年 月 日	円	円	円
	確認検査	年 月 日	円	円	円
	申請額合計				円
妊婦歯科健康診査		年 月 日	円	円	円
		申請額合計			

※補助上限額は本市が県内の医療機関等と契約している 1 回当たりの公費負担単価を上限とする。

