

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

健康診査	区分	受診年月日	自己負担額	補助上限額	申請額
	産婦 健康診査	産後 2 週間頃	年 月 日	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
拡大 新生児 スクリー ニング 検査	初回検査 (確認検査を含む。)	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			

第4号様式（第8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請求書

記入しないでください→ 年 月 日

（宛先）新居浜市長

住所	建物名・号室も 記入してください
氏名	
母子健康手帳番号	( )

年 月 日付け 第 号で交付決定のありました新居浜市妊婦一般健康診査等に係る補助金について、新居浜市妊婦一般健康診査等に係る補助金交付要綱第8条の規定により、次のとおり請求します。

記入しないでください↓

金 円

なお、上記の金額について次の口座に振込みを依頼します。

↓申請書・請求書・口座名義人はすべて同じ名前かつ同じ名字（申請時点の名字）

金融機関名	銀行・農協	本店
	信用金庫	支店
	組合	出張所
預金種別	普通 当座	(フリガナ) ( )
口座番号	口座名義人(※)	

※ 請求者と口座名義人は一致させてください。