

里帰り等妊産婦・乳児健康診査・新生児聴覚検査助成金支給申請書

令和 年 月 日

みよし市長殿

申請者 住所 みよし市

氏名

Ⓜ

電話

関係書類を添えて助成金の申請をします。

受診者氏名(妊産婦)			生年月日	
受診者氏名(乳児)			児の生年月日(まなほ予定日)	
母子健康手帳番号				
受診票種類	受診年月日	助産所・県外医療機関名	自己負担額	助成額
妊婦第1回				
子宮頸がん検診				
妊婦第2回				
妊婦第3回				
妊婦第4回				
妊婦第5回				
妊婦第6回				
妊婦第7回				
妊婦第8回				
妊婦第9回				
妊婦第10回				
妊婦第11回				
妊婦第12回				
妊婦第13回				
妊婦第14回				
産婦第1回				
産婦第2回				
乳児第1回				
新生児聴覚検査				
			助成額合計	円
助成金支給申請額			円	

表及び裏面の太枠内を記入してください。

受付印

Stamp area for receipt.

私は、みよし市長が里帰り等妊産婦・乳児健康診査、新生児聴覚検査助成金支給申請に係る事務を行うに当り、住民基本台帳等を閲覧することを承諾します。

令和 年 月 日

申請者

住所 みよし市

氏名

印

支給決定された助成金については、下記口座に振り込んでください。

金融機関名	銀行 信用金庫 農業協同組合			店
種別	普通 当座	口座番号		
(フリガナ) 口座名義人				

※ 助成金のお振込み先に「ゆうちょ銀行」を希望される場合は、お振込み用の店名・預金種目・口座番号が必要となります。インターネット・モバイルサイト・ゆうちょ窓口等でご確認のうえご記入ください。

注1：添付書類

- ① 妊婦健康診査受診票、産婦健康診査受診票、第1回乳児健康診査受診票、新生児聴覚検査受診票（受診医療機関・助産所等において、結果報告書面に受診結果の記入と受診機関名の記入印をもらってきてください。）
- ② 領収書（原本）
- ③ 母子健康手帳

注2：申請する健康診査を最後に受診した日から、3か月を目安に提出書類をまとめて申請してください。（開所時間は8時30分から17時15分までとなります。）

注3：助成対象は、健康診査受診日にみよし市に住所を有する妊産婦・乳児が受診した健康診査助成項目内容に限ります。