

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

関係書類を添えて助成金の申請をします。 電話

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(または予定日)	
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 1 0 回				
妊婦第 1 1 回				
妊婦第 1 2 回				
妊婦第 1 3 回				
妊婦第 1 4 回				
★妊婦第 回				
★妊婦第 回				
★妊婦第 回				
★妊婦第 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

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

氏名

金融機関名	銀 行 信 用 金 庫 農 業 協 同 組 合		
種 別	普通 当座	口座番号	
(フリガナ) 口座名義人			

- 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。