

記入例

(様式21)

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

市長 殿

申請者 住所 みよし市三好町陣取山54番地

氏名 みよし 花子

電話 0561-34-5311

母子健康手帳の表紙
または受診票に記載
の5桁の番号です。

助成金の申請をします。

受診者氏名(妊産婦)	みよし 花子	生年月日	平成4年4月1日	
受診者氏名(乳児)	みよし 太郎	児の生年月日(または予定日)	令和5年1月8日	
母子健康手帳番号	07777			
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	R4.9.9	健康助産院	5000円	
妊婦第10回				
妊婦第11回	R4.10.25	健康助産院	5000円	
妊婦第12回	R4.11.26	健康レディースクリニック	6000円	
妊婦第13回	R4.12.2	健康レディースクリニック	4500円	
妊婦第14回	R4.12.28	健康レディースクリニック	4500円	
★妊婦第15回	R5.1.2	健康レディースクリニック	5000円	
★妊婦第16回	R5.1.4	健康レディースクリニック	5000円	
★妊婦第17回	R5.1.6	健康レディースクリニック	5000円	
★妊婦第 回				
産婦第1回	R5.1.22	健康レディースクリニック	5000円	
産婦第2回	R5.2.8	健康レディースクリニック	5000円	
乳児第1回	R5.2.8	健康レディースクリニック	5500円	
新生児聴覚検査	R5.1.10	健康レディースクリニック	6000円	
			助成額合計	円
助成金支給申請額			円	

医療機関名は省略せず
各段記入ください。

表及び裏面の太枠内を記入

助成金支給申請額等、
太枠外は記入しないでください。

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 みよし市三好町陣取山54番地

氏名 みよし 花子

銀行等の金融機関またはゆうちょの
いずれかを選択して記入します。

口座に振り込んでください。

金融機関名	みよし 銀行 信用金庫 なかよし支店 農業協同組合		
種別	普通 当座	口座番号	1234567
(フリガナ) 口座名義人	ミヨシ ハナコ みよし 花子		

※ お振込先の口座は、原則、申請者（妊婦又は産婦）が口座名義人のものとします。

※ 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 【里帰り還付申請の場合のみ】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 領収書及び診療明細書（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。