

安城市妊産婦・乳児健康診査費助成金支給申請書

令和〇〇年 〇月 〇〇日

安城市長

※ 太枠内を記入してください。

申請者氏名は、受診者(妊産婦氏名)と同じでお願いします。

印鑑を使用した方で、訂正箇所がある場合は、これと同じ印鑑で訂正印をお願いします。スタンプ印は不可です。

受診者 (妊産婦氏名) 安城 花子 (〇〇年 〇月 〇〇日生)		住所 安城市〇〇町△△ ××-×	
(乳児氏名) 安城 一郎 (令和〇〇年 〇月 〇〇日生)		氏名 安城 花子 (※) 安城 (※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。	
出産予定日	令和〇〇年 〇月 〇〇日	電話	×××-××××-××××
受診票	受診月日	医療機関名	受診票
妊婦1回目	月 日		妊婦11回目
妊婦2回目	月 日		妊婦12回目
妊婦3回目	月 日		妊婦13回目
妊婦4回目	〇月★ 〇 日	〇〇病院	妊婦14回目
妊婦5回目	月 日		子宮頸がん
妊婦6回目	月 日		新生児聴覚
妊婦7回目	月 日		産婦1回目
妊婦8回目	月 日		産婦2回目
妊婦9回目	月 日		乳児1回目
妊婦10回目	〇月 〇日	〇〇病院	乳児2回目
			〇〇病院

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			支店
金融機関コード	(数字4桁)		支店コード	(数字3桁)
種別	普通	口座番号	〇〇〇〇〇〇=▲	
(フリガナ)	アンジョウ ハナコ			
口座名義人	安城 花子 口座名義人は、申請者(妊産婦氏名)と同じでお願いします。 口座名義人と申請者氏名が別の場合、申請時に委任状の記入が必要です。			

私は、安城市長が安城市妊産婦・乳児健康診査費助成申請に係る事務を行うに当たり、住民基本台帳等を閲覧することを承諾します。

令和〇〇年 〇月〇〇日

申請者 住所 **安城市〇〇町△△ ××-×**

申請者氏名は、受診者(妊産婦氏名)と同じでお願いします。氏名 **安城 花子** (※)
(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

※添付書類

- ・医療機関発行の領収書の原本又は写し(写しの内容が鮮明でない場合は原本を併せてお持ちください。)
- ・受診票(裏面の健診結果報告書に医師または助産師が記入済みのもの)

以下記入不要

健診代	限度額	助成額	健診代	限度額	助成額
妊婦 第1回	円 21,280円	円	妊婦 第11回	円 4,460円	円
妊婦 第2回	円 4,460円	円	妊婦 第12回	円 11,120円	円
妊婦 第3回	円 4,460円	円	妊婦 第13回	円 4,460円	円
妊婦 第4回	円 9,240円	円	妊婦 第14回	円 4,460円	円
妊婦 第5回	円 4,460円	円	子宮頸がん	円 3,350円	円
妊婦 第6回	円 4,460円	円	新生児聴覚	円 5,000円	円
妊婦 第7回	円 4,460円	円	産婦 第1回	円 5,000円	円
妊婦 第8回	円 19,820円	円	産婦 第2回	円 5,000円	円
妊婦 第9回	円 4,460円	円	乳児 第1回	円 6,640円	円
妊婦 第10回	円 8,450円	円	乳児 第2回	円 6,640円	円
妊婦分小計	円 産婦分小計	円	乳児分小計	円 新生児聴覚小計	円
			合計		円