

安城市妊産婦・乳児健康診査費助成金支給申請書

令和 年 月 日

安城市長

※ 太枠内を記入してください。

受診者 (妊産婦氏名) (年 月 日生) (乳児氏名) (年 月 日生)			申請者 住所 氏名 (※) (※)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	年 月 日		電話		
受診票	受診月日	医療機関名	受診票	受診月日	医療機関名
妊婦1回目	月 日		妊婦11回目	月 日	
妊婦2回目	月 日		妊婦12回目	月 日	
妊婦3回目	月 日		妊婦13回目	月 日	
妊婦4回目	月 日		妊婦14回目	月 日	
妊婦5回目	月 日		子宮頸がん	月 日	
妊婦6回目	月 日		新生児聴覚	月 日	
妊婦7回目	月 日		産婦1回目	月 日	
妊婦8回目	月 日		産婦2回目	月 日	
妊婦9回目	月 日		乳児1回目	月 日	
妊婦10回目	月 日		乳児2回目	月 日	

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			
(フリガナ)					
口座名義人					
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 年 月 日 申請者 住所 氏名 (※) (※)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又は助産師が記入済みのもの)

※以下の欄は記入不要です。

	健診代	限度額	助成額		健診代	限度額	助成額
妊婦 第1回	円	21,300円	円	妊婦 第11回	円	4,480円	円
妊婦 第2回	円	4,480円	円	妊婦 第12回	円	11,140円	円
妊婦 第3回	円	4,480円	円	妊婦 第13回	円	4,480円	円
妊婦 第4回	円	9,260円	円	妊婦 第14回	円	4,480円	円
妊婦 第5回	円	4,480円	円	子宮頸がん	円	3,350円	円
妊婦 第6回	円	4,480円	円	新生児聴覚	円	5,000円	円
妊婦 第7回	円	4,480円	円	産婦 第1回	円	5,000円	円
妊婦 第8回	円	19,840円	円	産婦 第2回	円	5,000円	円
妊婦 第9回	円	4,480円	円	乳児 第1回	円	6,640円	円
妊婦 第10回	円	8,470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