

妊産婦・乳児健康診査費用助成申請書

年 月 日

美祢市長様

申請者 住所
氏名
電話

下記のとおり県外医療機関で受診しましたので、関係書類を添えて、美祢市妊産婦・乳児健康診査費の助成を申請します。

なお、本申請に係る審査のため、住民登録情報の閲覧について承諾します。

受診者氏名 (妊産婦)		(乳児)			
(年 月 日生)		(年 月 日生)			
支給申請額	円				
健康診査種別	受診年月日	医療機関名	健診額 (領収書の額)(A)	助成限度額 (B)	申請額 (A)(B)いずれか少ない額
妊婦(1回目)	年 月 日		円	円	円
妊婦(2回目)	年 月 日		円	円	円
妊婦(3回目)	年 月 日		円	円	円
妊婦(4回目)	年 月 日		円	円	円
妊婦(5回目)	年 月 日		円	円	円
妊婦(6回目)	年 月 日		円	円	円
妊婦(7回目)	年 月 日		円	円	円
妊婦(8回目)	年 月 日		円	円	円
妊婦(9回目)	年 月 日		円	円	円
妊婦(10回目)	年 月 日		円	円	円
妊婦(11回目)	年 月 日		円	円	円
妊婦(12回目)	年 月 日		円	円	円
妊婦(13回目)	年 月 日		円	円	円
妊婦(14回目)	年 月 日		円	円	円
産婦(2週間)	年 月 日		円	円	円
産婦(1か月)	年 月 日		円	円	円
乳児(1か月)	年 月 日		円	円	円
乳児(3か月)	年 月 日		円	円	円
乳児(7か月)	年 月 日		円	円	円
合計					円
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店(支所) 出張所	種別	1 普通 2 当座
	口座番号				(口座番号は右詰め記入)
	フリガナ(必須)				
	口座名義				
	申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日		

※ 振込先の口座名義を申請者本人以外の方とする場合は、下記の委任状に記入と押印が必要です。

委任状	
私は、本件に係る助成金の受領を下記の者に委任します。	
(住所)	(氏名)
申請者氏名	

- (添付書類)
1. 領収書(健診費用、受診日、医療機関名のわかるもの)
 2. 妊産婦及び乳児健康診査受診票(健診結果の記載されているもの)