

第 1 号様式（第 4 条関係）

妊婦・産婦・乳児健康診査県外受診助成金交付申請書

年 月 日

尾張旭市長 殿

申請者 〒488-

住 所

氏 名

電話番号

下記の通り妊婦・産婦・乳児健康診査助成金の交付を申請します。

記

|                        |                                     |       |                                       |
|------------------------|-------------------------------------|-------|---------------------------------------|
| 受診者名                   | フリガナ                                |       | 生年月日                                  |
|                        | 妊産婦氏名                               |       | 昭和・平成 年 月 日                           |
|                        | フリガナ                                |       | 生年月日                                  |
|                        | 乳児氏名                                |       | 平成・令和 年 月 日                           |
| (乳児のみの場合は)<br>保護者氏名    |                                     |       |                                       |
| 助成申請金額                 |                                     | 円     |                                       |
| 健診詳細                   | <input type="checkbox"/> 妊婦 第 1 回   | 円     | <input type="checkbox"/> 妊婦 第 1 1 回 円 |
|                        | <input type="checkbox"/> 妊婦 第 2 回   | 円     | <input type="checkbox"/> 妊婦 第 1 2 回 円 |
|                        | <input type="checkbox"/> 妊婦 第 3 回   | 円     | <input type="checkbox"/> 妊婦 第 1 3 回 円 |
|                        | <input type="checkbox"/> 妊婦 第 4 回   | 円     | <input type="checkbox"/> 妊婦 第 1 4 回 円 |
|                        | <input type="checkbox"/> 妊婦 第 5 回   | 円     | <input type="checkbox"/> 妊婦 子宮頸がん 円   |
|                        | <input type="checkbox"/> 妊婦 第 6 回   | 円     | <input type="checkbox"/> 産婦 第 1 回 円   |
|                        | <input type="checkbox"/> 妊婦 第 7 回   | 円     | <input type="checkbox"/> 産婦 第 2 回 円   |
|                        | <input type="checkbox"/> 妊婦 第 8 回   | 円     | <input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査 円    |
|                        | <input type="checkbox"/> 妊婦 第 9 回   | 円     | <input type="checkbox"/> 乳児 第 1 回 円   |
|                        | <input type="checkbox"/> 妊婦 第 1 0 回 | 円     | <input type="checkbox"/> 乳児 第 2 回 円   |
| 出産（予定）日                |                                     | 年 月 日 |                                       |
| 受診医療機関<br>(住所・名称・電話番号) |                                     |       |                                       |

※添付書類 ①妊婦・産婦・乳児健康診査結果報告書（受診票裏面）  
②健康診査費用のわかる領収書（原本）（レシートは不可）

※下欄は記入しないでください。

|                 |          |    |   |                                                                 |
|-----------------|----------|----|---|-----------------------------------------------------------------|
| 決 裁             |          |    |   |                                                                 |
| 課長              | 課長<br>補佐 | 係長 | 係 | 上記内容を確認の結果、                                                     |
|                 | ○        |    |   | <input type="checkbox"/> 助成する<br><input type="checkbox"/> 助成しない |
| 主幹              |          |    |   | がよろしいか。                                                         |
| 決定通知書の交付の日付及び番号 |          |    |   | こ家 第 号<br>年 月 日                                                 |

妊婦・産婦・乳児健康診査県外受診助成金請求書

年 月 日

尾張旭市長 殿

申 請 者            〒488-  
住 所  
氏 名  
(口座名義人と同一)  
電話番号

妊婦・産婦・乳児健康診査県外受診助成金として、下記の金額を請求します。

\_\_\_\_\_ 円

振込先

|         |                |                 |  |  |   |  |  |        |                 |
|---------|----------------|-----------------|--|--|---|--|--|--------|-----------------|
| 金融機関名   | 銀行<br>金庫<br>農協 |                 |  |  |   |  |  |        | 本店<br>支店<br>出張所 |
| 預 金 種 別 | 普通             | (フリガナ)<br>口座名義人 |  |  | ( |  |  |        | )               |
|         | 当座             | (申請者と同一)        |  |  |   |  |  |        |                 |
| 口 座 番 号 |                |                 |  |  |   |  |  | (左詰記入) |                 |

|        |        |       |
|--------|--------|-------|
| 確<br>認 | 日<br>付 | 年 月 日 |
|        | 氏<br>名 |       |

別 途 明 細 書 確 認 済