

新ひだか町妊産婦等健診費助成申請書

年 月 日

新ひだか町長 様

申請者住所

氏 名

新ひだか町妊産婦等健診費の助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

交付申請額 金 円

別紙内訳書のとおり

母子手帳の交付を受けた者の名前	
母子手帳の交付を受けた者の住所	

1 か月児健診を受けた児	名 前：
	生年月日：

（振込口座）

金融機関名	
店舗名	
種目・口座番号	
フリガナ	
口座名義	

- ※添付書類
1. 受診を確認できる書類（記載のある母子健康手帳や明細書等）
 2. 妊産婦健康診査等を受診した医療機関等の領収書

妊婦健康診査内訳書

	受診年月日	助成額：a	受診費用：b	交付申請額 (aとbの低い額)
第1回妊娠8週前後				
第2回妊娠12週前後				
第3回妊娠16週前後				
第4回妊娠20週前後				
第5回妊娠24週前後				
第6回妊娠26週前後				
第7回妊娠28週前後				
第8回妊娠30週前後				
第9回妊娠32週前後				
第10回妊娠34週前後				
第11回妊娠36週前後				
第12回妊娠37週前後				
第13回妊娠38週前後				
第14回妊娠39週前後				
			合計	

産婦健康診査内訳書

	受診年月日	助成額：a	受診費用：b	交付申請額 (aとbの低い額)
第1回産後2週前後				
第2回産後1か月前後				
			合計	

1か月児健康診査内訳書

	受診年月日	助成額：a	受診費用：b	交付申請額 (aとbの低い額)
生後1か月				
			合計	