

記入例

※子ども未来課に提出した日にち
令和●年●月●日

岩美町妊産婦及び乳児健康診査事業等費用助成申請書兼請求書

岩美町長 様

(申請者) ※妊婦健診・妊婦歯科健診・産後健診の受診が含まれる場合は妊産婦本人
住所 岩美町浦富●●●番地
氏名 岩美 花子

岩美町妊産婦及び乳児健康診査事業等実施要綱第 8 条の規定により、下記のとおり申請及び請求します。

妊 産 婦				妊婦歯科	回数等	受診日	自己負担額	助成上限額
受診者	氏名	岩美 花子			妊婦歯科健診	年月日	A 円	B 円
	生年月日	昭和・平成 ●年 ●月 ●日		妊婦歯科健診助成額①	A と B のうち少ない額を記入			
	住所	申請者と同じ <input checked="" type="checkbox"/> ※申請者欄の住所と異なる場合のみ記入		1 回目	年月日	円	委託料の金額を記入	
産後健診				2 回目	年月日	円	※受診した年度の委託料を適用	
				産後健診合計		A 円	B 円	
				産後健診助成額②	A と B のうち少ない額を記入			
妊婦健診	回数等	受診日	自己負担額	助成上限額	回数等	受診日	自己負担額	助成上限額
	1 回目	年月日	円	円	12 回目	年月日	円	円
	2~6 回目(超音波)	年月日	円	円	GBS	年月日	円	円
	3 回目	年月日	円	円	HTLV-1	年月日	円	円
	4 回目	年月日	円	円	クワア検査	年月日	円	委託料の金額を記入
	5 回目	受診日と自己負担額を記入		円	多胎 1 回目	受診日と自己負担額を記入		円
	6 回目	年月日	円	円	多胎 2 回目	年月日	円	※受診した年度の委託料を適用
	7 回目	年月日	円	円	多胎 3 回目	年月日	円	円
	8 回目	年月日	円	円	多胎 4 回目	年月日	円	円
	9 回目	年月日	円	円	多胎 5 回目	年月日	円	円
	10 回目	年月日	円	円	妊婦健診合計		A 円	B 円
11 回目	年月日	円	円	妊婦健診助成額③	A と B のうち少ない額を記入			

乳 児			項目	受診日	自己負担額	助成上限額	
受診者	氏名	岩美 たろう		新生児聴覚検査	年月日	A 円	
	生年月日	令和 ●年 ●月 ●日		新生児聴覚検査助成額④	A と B のうち少ない額を記入		
	住所	申請者と同じ <input checked="" type="checkbox"/> ※申請者欄の住所と異なる場合のみ記入		1 か月児健診	年月日	円	委託料の金額を記入
				3~4 か月児健診	年月日	円	※受診した年度の委託料を適用
				9~10 か月児健診	年月日	円	円
				乳児健診合計		A 円	B 円
			乳児健診助成額⑤	A と B のうち少ない額を記入			

助成金請求額 (①+②+③+④+⑤)	金 ①+②+③+④+⑤の合計額を記入 円
--------------------	----------------------

振込先の指定	<input type="checkbox"/> 公金振込口座 <input type="checkbox"/> 下記口座 ※申請者の口座 (基本的に公金振込口座へ振込みを行います)				
振込先	金融機関名	支店名	種別	普通・当座	
	口座番号	口座名義人	(フリガナ)		

添付書類：受診票・領収書等・母子健康手帳の写し ※未使用の受診票・領収書と明細書 (原本)・母子手帳のコピーを添付