

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)
住 所
氏 名

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					妊婦歯科健診	年 月 日	円	円
	生年月日	昭和・平成 年 月 日				妊婦歯科健診助成額① 円			
	住 所	申請者と同じ□			1 回目	年 月 日	円	円	
妊婦 健診	回数等	受診日	自己負担額	助成上限額	妊婦 健診	2 回目	年 月 日	円	円
	1 回目	年 月 日	円	円		産後健診合計 円			
	2～6 回目(超音波)	年 月 日	円	円		産後健診助成額② 円			
	3 回目	年 月 日	円	円		回数等	受診日	自己負担額	助成上限額
	4 回目	年 月 日	円	円		12 回目	年 月 日	円	円
	5 回目	年 月 日	円	円		GBS	年 月 日	円	円
	6 回目	年 月 日	円	円		HTLV-1	年 月 日	円	円
	7 回目	年 月 日	円	円		ｸﾞﾐﾌﾞｱ検査	年 月 日	円	円
	8 回目	年 月 日	円	円		多胎 1 回目	年 月 日	円	円
	9 回目	年 月 日	円	円		多胎 2 回目	年 月 日	円	円
	10 回目	年 月 日	円	円		多胎 3 回目	年 月 日	円	円
	11 回目	年 月 日	円	円		多胎 4 回目	年 月 日	円	円
						多胎 5 回目	年 月 日	円	円
					妊婦健診合計 円				
					妊婦健診助成額③ 円				

乳 児					項目	受診日	自己負担額	助成上限額
受診者	氏 名				新生児聴覚検査	年 月 日	円	円
	生年月日	令和 年 月 日			新生児聴覚検査助成額④ 円			
	住 所	申請者と同じ□			1 か月児健診	年 月 日	円	円
					3～4 か月児健診	年 月 日	円	円
					9～10 か月児健診	年 月 日	円	円
					乳児健診合計		円	円
					乳児健診助成額⑤ 円			

助成金請求額（①＋②＋③＋④＋⑤）	金 円
-------------------	-----

振込先の指定	☐ 公金振込口座 ☐ 下記口座					
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