

加賀市妊婦・産婦・乳児健康診査費助成金支給申請書

年 月 日

(宛先) 加賀市長 下 ー
申請者(妊産婦)住所 加賀市

氏名
電話番号 () 番

太枠内を記入してください。

受診者氏名		受診票種類	受診月日	医療機関名	処理欄
フリガナ		妊婦1回目	月 日		(1回目)
(妊産婦)	(年 月 日生)	妊婦2回目	月 日		不規則抗体・風しん HBs HCV・HIV クラミジア・子宮頸がん
		妊婦3回目	月 日		
		妊婦4回目	月 日		エコー
		妊婦5回目	月 日		
		妊婦6回目	月 日		
フリガナ		妊婦7回目	月 日		
(乳児)	(年 月 日生)	妊婦8回目	月 日		エコー・血液検査
		妊婦9回目	月 日		
		妊婦10回目	月 日		
		妊婦11回目	月 日		GBS・エコー
		妊婦12回目	月 日		血色素
		妊婦13回目	月 日		
		妊婦14回目	月 日		
		妊婦 回目	月 日		
		妊婦 回目	月 日		
		妊婦 回目	月 日		
		妊婦 回目	月 日		
		妊婦 回目	月 日		
		産婦①	月 日		
		産婦②	月 日		
		乳児1回目	月 日		

支給決定された助成金については、下記口座に振り込んでください。

振込み先	金融機関名	銀行 信用金庫 農業協同組合		本店 支店 支所
	ゆうちょ銀行(郵便局)	店名		
種別	普通・当座	口座番号		
(フリガナ)				
口座名義人 (妊産婦名義)				

私は、加賀市長が妊婦・産婦・乳児健康診査費助成金支給申請に係る事務を行うにあたり、住民基本台帳等を閲覧することを承諾します。また、医療機関の領収書の内容に対し、医療機関に検査等の内容の問い合わせをすることにも同意します。

妊産婦氏名

- 備考 1 健診料がわかる領収書を添付してください。
2 処理欄は、記入しないでください。
3 申請期間は各健診を受診した日から1年間です。
1年を過ぎた場合、無効となりますのでご注意ください。
用紙が足りない場合は申請時に新しいものをお渡します。

処理欄	決定年月日	・	・
	支給決定額	円	