

別記様式（第9条関係）

妊産婦乳児健康診査助成金支給申請書

年 月 日

豊後高田市長 様

申請者 住所
氏名

委託外医療機関で下記の健康診査等を受診しましたので、豊後高田市妊産婦乳児健康診査助成事業実施要綱第9条の規定により、受診に要した費用の領収書を添付し、申請します。

記

住 所	〒 豊後高田市 電話番号 ()		
ふりがな			
受診者氏名			
生年月日	年	月	日生
妊娠届出年月日	年	月	日
受診区分	1 妊婦一般健康診査 (回分) 2 妊婦超音波検査 3 産婦健康診査 (回分) 4 新生児等聴覚検査 5 乳児一般健康診査(3～6箇月児・9～11箇月児)		
受診に要した費用	円		

振込先口座

金融機関名	銀行・農協 金庫・組合	支店名	支店・支所 出張所
種別	普通・当座	口座番号	
(フリガナ) 口座名義人	()		

※助成金の決定額	円
----------	---

(備考)

- 1 申請書は1つの健康診査ごとに作成してください。
- 2 申請書の提出期限は、健康診査を受けた日から1年以内です。
- 3 太枠内のみ記入してください。
- 4 受診した医療機関で、受診票に結果を記入してもらい、この申請書に領収書を添えて提出してください。
- 5 豊後高田市が委託医療機関と契約している額を限度に助成します。