

日進市妊婦、産婦及び乳児健康診査受診費用助成申請書

妊婦及び産婦健康診査					乳児健康診査				
受診者 氏名	(生年月日 年 月 日)				乳児 氏名	(生年月日 年 月 日)			
受診医 療機関					受診医 療機関				
回	健診年月日	自己負担額 (円)	※助成額 (円)	備考	回	健診年月日	自己負担額 (円)	※助成額 (円)	備考
1	・ ・				11	・ ・			
2	・ ・				12	・ ・			
3	・ ・				13	・ ・			
4	・ ・				14	・ ・			
5	・ ・				子宮	・ ・			
6	・ ・				産1	・ ・			
7	・ ・				産2	・ ・			
8	・ ・				新生児	・ ・			
9	・ ・				乳1	・ ・			
10	・ ・				乳2				
<b>※助成決定額</b>		<b>金 円</b>							
<p>上記のとおり日進市妊婦、産婦及び乳児健康診査実施要綱第8条第3項の規定により申請します。                  なお、申請内容の審査のため、市が住民基本台帳等の閲覧をすることを承諾します。                  (宛て先)                  日進市長 宛て                  年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 日進市                  氏 名                  電話番号 ( ) —</p>									
振込先	金融機関名				銀行 農業協同組合 信用金庫				本店 支店・支所
	種 別	普通・当座			口座番号				
	(フリガナ)								
	口座名義人								

※振込先の口座名義を申請者本人以外の方とする場合は、この委任状に記入が必要です。

委任状	
申請者(委任者)氏名	
上記助成金の受領に関することを以下の者に委任します。	
受任者 住所	
氏名	(申請者との続柄 )

注1 「※」の欄は日進市が記入します。

注2 添付書類：結果を記入した妊婦、産婦及び乳児健康診査受診票、新生児聴覚検査受診票、健康診査に要した費用の領収書・診療報酬明細書等

注3 助産所では、第1回・第4回・第8回・第10回・第12回の健康診査は受診できません。

※申請の際は、親子健康手帳(母子健康手帳)をお持ちください。