

様式第 28(11 条関係)

美浜町妊産婦・乳児健康診査助成支給決定伺		起案日	年 月 日	
申請を受理し、次のとおり健康診査費の助成をしてよろしいか。また決裁後は様式第 29 により、申請者宛てに決定通知書を送付してもよろしいか。				
決裁	主務	担当者	公印使用	支 給 金 額
				円

美浜町妊産婦・乳児健康診査費助成申請書

年 月 日

美 浜 町 長 様

申 請 者 住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 _____

受診票番号				妊産婦	年 月 日
妊産婦氏名				生年月日	(歳)
住所					
乳児氏名				乳児生年月日	年 月 日 (か月)
該当する健康診査に○をつけてください		妊婦健康診査第 1 回		子宮頸がん検診	
		妊婦健康診査第 2 回		産婦健康診査第 1 回	
		妊婦健康診査第 3 回		産婦健康診査第 2 回	
		妊婦健康診査第 4 回		乳児健康診査第 1 回	
		妊婦健康診査第 5 回		乳児健康診査第 2 回	
		妊婦健康診査第 6 回		新生児聴覚検査	
		妊婦健康診査第 7 回		多胎妊婦健康診査第 1 回	
		妊婦健康診査第 8 回		多胎妊婦健康診査第 2 回	
		妊婦健康診査第 9 回		多胎妊婦健康診査第 3 回	
		妊婦健康診査第 10 回		多胎妊婦健康診査第 4 回	
		妊婦健康診査第 11 回		多胎妊婦健康診査第 5 回	
		妊婦健康診査第 12 回			
		妊婦健康診査第 13 回			
		妊婦健康診査第 14 回			
実施医療機関名		電話番号 ()			
申請額		金 円			
*申請額は、健康診査にかかった費用または美浜町妊産婦・乳児健康診査実施要領に定められた金額を上限としてどちらか低い方の金額となります。					
振込先	金融機関名及びコード	銀行 金庫 農協		本店 支店	
	預金種別	普通当座	(フリガナ) 口座名義人	口座番号	
		*口座は、申請者が指定した口座とする			

*添付書類

- 1 妊産婦・乳児健康診査結果報告書
- 2 健康診査の記録 (母子健康手帳)
- 3 申請しようとする健康診査の領収書の原本
(健康診査に要した金額のわかるもの)

受付印

受付印
