

(表)

様式第1号(第13条関係)

年 月 日

瑞穂町里帰り等妊婦健康診査受診費・新生児聴覚検査費助成金交付申請書

瑞穂町長 あて

申請者 住所 瑞穂町

氏名

電話 () -

里帰り出産等のため、下記の健診等を受診し費用を負担したため、助成金の交付を申請します。
この申請内容について、公簿等による確認及び医療機関等への調査をすることに同意します。

記

対象妊産婦氏名						交付決定額
回数等	受診年月日	医療機関等の名称	受診地(都道府県名)	負担費用額	(記入しないでください。)	
1回目	年 月 日			円		円
2回目	年 月 日			円		円
3回目	年 月 日			円		円
4回目	年 月 日			円		円
5回目	年 月 日			円		円
6回目	年 月 日			円		円
7回目	年 月 日			円		円
8回目	年 月 日			円		円
9回目	年 月 日			円		円
10回目	年 月 日			円		円
11回目	年 月 日			円		円
12回目	年 月 日			円		円
13回目	年 月 日			円		円
14回目	年 月 日			円		円
超音波検査	年 月 日			円		円
子宮頸がん検診	年 月 日			円		円
新生児聴覚検査	年 月 日			円		円
				合計	円	円

助成金は、次の口座に振り込んでください。

振込先金融機関名		店番号	口座番号(普通口座)						
銀行	本店								
信用金庫		口座名義 (カタカナ)							
信用組合		口座は、原則として妊産婦本人名義のものに限ります。							
農協	支店								

※裏面に申請に当たっての注意事項があります。

(裏)

注意事項

- 1 申請書を提出するときは、次の書類を提示してください。
 - ①母子健康手帳
 - ②助成金の振込みを希望する預貯金口座の通帳(原則として、妊産婦本人名義のものに限ります。)
- 2 この申請書に次の書類を添付してください。
 - ①受診した医療機関等が発行した領収書及び診療明細書
 - ②使用しなかった受診票
 - ③新生児聴覚検査費の助成を申請する方は、聴覚検査の結果
- 3 申請期間は、出産日(死産、流産のときは最後の健康診査受診日)から1年以内です。また、受診後、随時申請することも可能です。