

恵庭市妊婦健康診査等費用助成申請書

年 月 日

恵庭市長 様

住所

氏名

(電話番号)

(子との続柄)

- ☐ 恵庭市妊婦健康診査
- ☐ 恵庭市産婦健康診査
- ☐ 恵庭市新生児聴覚検査
- ☐ 恵庭市1か月児健康診査

について以下のとおり費用助成を申請いたします。なお、決定に際し、住民基本台帳等の閲覧や、受診医療機関への支払い内容確認等を行うことに承諾いたします。

ふりがな		生年月日	年 月 日生							
妊産婦氏名										
ふりがな		生年月日	年 月 日生							
新生児氏名										
住 所	〒 恵庭市 (電話番号)									
滞在先住所	(電話番号)									
振込先の金融機関名称及び口座番号等										
金融機関		銀行	口座名義							
		金庫								
		農協								
		本店	口座	種類	口座番号					
		支店		1 普通 2 当座 3 その他 ()						
		支所								
出張所										

恵庭市妊婦健康診査の実施に関する規則による申請額 円

恵庭市産婦健康診査の実施に関する規則による申請額 円

恵庭市新生児聴覚検査実施要綱による申請額 円

恵庭市1か月児健康診査実施要綱による申請額 円

【添付書類】

- ☐ 母子健康手帳写し
- ☐ 領収書および明細書写し
- ☐ 未使用の受診票（原本）

(妊婦健診 NO. 、超音波 NO. 、産婦健診 NO. 、聴覚検査、1か月児健診)

＜内訳＞

妊婦一般健康診査	受診票	医療機関	受診年月日	申請額
	第1回		年 月 日	円
	第2回		年 月 日	円
	第3回		年 月 日	円
	第4回		年 月 日	円
	第5回		年 月 日	円
	第6回		年 月 日	円
	第7回		年 月 日	円
	第8回		年 月 日	円
	第9回		年 月 日	円
	第10回		年 月 日	円
	第11回		年 月 日	円
	第12回		年 月 日	円
	第13回		年 月 日	円
	第14回		年 月 日	円
超音波検査	受診票	医療機関	受診年月日	申請額
	第1回		年 月 日	円
	第2回		年 月 日	円
	第3回		年 月 日	円
	第4回		年 月 日	円
	第5回		年 月 日	円
	第6回		年 月 日	円
産婦健康診査	受診票	医療機関	受診年月日	申請額
	第1回		年 月 日	円
	第2回		年 月 日	円
新生児聴覚検査	医療機関	検査年月日	申請額	
		年 月 日	円	
1か月児健診	医療機関	検査年月日	申請額	
		年 月 日	円	
申請金額合計				円