

母子健康診査助成申請書

年 月 日

岬町長様

申請者 住所 _____

氏名 _____

電話 _____

下記のとおり、必要書類（受診券及び領収書）を添えて申請します。
なお、助成金は下記へ振り込んでください。

診査の種類	<input type="checkbox"/> 妊婦一般健康診査（ 回分）		<input type="checkbox"/> 妊婦歯科健康診査			
	<input type="checkbox"/> 産婦健康診査（ 回分）		<input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査（OAE・ABR）			
	<input type="checkbox"/> 乳児一般健康診査		<input type="checkbox"/> 乳児後期健康診査			
	<input type="checkbox"/> その他必要と認める診査					
受診者名 生年月日		女 男	年 月 日生（ 歳）			
診査を受けた 病院の所在地	名 称					
	所在地					
診査受診日	受診 No	年 月 日	受診 No	年 月 日	産婦①	年 月 日
	受診 No	年 月 日	受診 No	年 月 日	産婦②	年 月 日
	受診 No	年 月 日	受診 No	年 月 日	1か月児・後期	年 月 日
	受診 No	年 月 日	受診 No	年 月 日	新生児聴覚	年 月 日
	受診 No	年 月 日	受診 No	年 月 日	妊婦歯科	年 月 日
受診理由	・ 里帰り出産のため ・ 大阪府外受診のため ・ 他（ ）					
振込先	銀行			支店・支所		
貯金種類	普通	口座 番号	フリガナ			
	当座		口座名義			

* 以下は記入しないでください。

診査に伴う個人負担金 ①	* 助成基準額 ②	支給決定額 ③ (①と②の少ない方の額)
円	円	円