

記入見本

母子健康診査助成申請書

〇年〇月〇日

岬町長様

申請者 住所 岬町深日2000番地の1

氏名 岬 花子

電話 〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

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 checked="" type="checkbox"/> 妊婦一般健康診査（5回分） <input type="checkbox"/> 妊婦歯科健康診査 <input checked="" type="checkbox"/> 産婦健康診査（2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	岬 花子		女 男	〇〇年 1月 1日生（28歳）		
診査を受けた 病院の所在地	名称	〇〇産婦人科				
	所在地	和歌山市〇〇町〇〇〇〇番地				
診査受診日	受診No 1	〇〇〇年〇月〇日	受診No	年 月 日	産婦①	〇〇年〇月〇日
	受診No 2	〇〇〇年〇月〇日	受診No	年 月 日	産婦②	〇〇年〇月〇日
	受診No 3	〇〇〇年〇月〇日	受診No	年 月 日	1か月児・後期	年 月 日
	受診No 4	〇〇〇年〇月〇日	受診No	年 月 日	新生児聴覚	年 月 日
	受診No 5	〇〇〇年〇月〇日	受診No	年 月 日	妊婦歯科	年 月 日
受診理由	<input checked="" type="checkbox"/> 里帰り出産のため <input type="checkbox"/> 大阪府外受診のため <input type="checkbox"/> 他（                    ）					
振込先	〇〇 銀行		〇〇 支店・支所			
貯金種類	普通 当座	口座 番号 〇〇〇〇〇〇	フリガナ	ミサキ ハナコ		
	口座名義		岬 花子			

\* 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