

妊婦・産婦・乳児一般健康診査費助成金交付申請書

年 月 日

輪島市長

住所 輪島市

申請者 氏名

印

電話

—

※ □に✓印を記入してください。

<input type="checkbox"/> 石川県外で受診した妊婦(超過分を除く。)・産婦・乳児一般健康診査費
<input type="checkbox"/> 妊婦一般健康診査費超過分(15回目から17回目まで) 出産予定日 年 月 日

※ 太枠内を記入してください。

受診者氏名 [妊産婦]		[乳児]			
( 年 月 日生)		( 年 月 日生)			
交付申請額	円	母子健康診査受診票交付番号( )			
受診票種類	受診年月日	医療機関名	受診者負担額(A)	交付限度額(B)	交付申請額 (A)と(B)の小さいもの
妊婦1回目	年 月 日		円	円	円
妊婦2回目	年 月 日		円	円	円
妊婦3回目	年 月 日		円	円	円
妊婦4回目	年 月 日		円	円	円
妊婦5回目	年 月 日		円	円	円
妊婦6回目	年 月 日		円	円	円
妊婦7回目	年 月 日		円	円	円
妊婦8回目	年 月 日		円	円	円
妊婦9回目	年 月 日		円	円	円
妊婦10回目	年 月 日		円	円	円
妊婦11回目	年 月 日		円	円	円
妊婦12回目	年 月 日		円	円	円
妊婦13回目	年 月 日		円	円	円
妊婦14回目	年 月 日		円	円	円
妊婦15回目	年 月 日		円	円	円
妊婦16回目	年 月 日		円	円	円
妊婦17回目	年 月 日		円	円	円
産婦2週間	年 月 日		円	円	円
産婦1か月	年 月 日		円	円	円
乳児1回目	年 月 日		円	円	円
乳児2回目	年 月 日		円	円	円
合 計					円
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農業協同組合			本店 支店 支所
	口座番号	(普通・当座)	(フリガナ) 口座名義		

※ 申請者と振込先の名義が異なる場合に記入してください。

下記のとおり、<妊婦・産婦・乳児一般健康診査助成金>の受領に関する権限を委任します。	
委任者	氏名 _____ 印(申請者・請求者)
受任者	氏名 _____ (委任された人)