

様式第1号(第9条関係)

妊婦・産婦・乳児一般健康診査及び新生児聴覚スクリーニング検査助成金交付申請書

年 月 日

輪島市長

住所 輪島市

申請者 氏名

電話 ー

※ □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・新生児聴覚スクリーニング検査費 |
| <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 |
| <input type="checkbox"/> | 多胎妊婦健康診査費 |

※ 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) | |
| 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 回目 | 年 月 日 | | 円 | 円 | 円 |
| 妊婦 回目 | 年 月 日 | | 円 | 円 | 円 |
| 妊婦 回目 | 年 月 日 | | 円 | 円 | 円 |
| 妊婦 回目 | 年 月 日 | | 円 | 円 | 円 |
| 妊婦 回目 | 年 月 日 | | 円 | 円 | 円 |
| 妊婦 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 |
| 新生児聴覚スクリーニング検査 | 年 月 日 | | 円 | 円 | 円 |
| 多胎 回目 | 年 月 日 | | 円 | 円 | 円 |
| 多胎 回目 | 年 月 日 | | 円 | 円 | 円 |
| 多胎 回目 | 年 月 日 | | 円 | 円 | 円 |
| 多胎 回目 | 年 月 日 | | 円 | 円 | 円 |
| 多胎 回目 | 年 月 日 | | 円 | 円 | 円 |
| 交付申請額 | | | | | 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・乳児一般健康診査及び新生児聴覚スクリーニング検査助成金＞の受領に関する権限を委任します。 | |
| 委任者 | 氏名 _____ (申請者・請求者) |
| 受任者 | 氏名 _____ (委任された人) |