

年 月 日

輪島市長

住所 輪島市

申請者 氏名

電話

※ 太枠内を記入してください。

[妊産婦氏名]		[乳児]			
( 年 月 日生)		( 年 月 日生)			
[出産予定日]		( 年 月 日)			
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
	年 月 日		円	円	円
	年 月 日		円	円	円
	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)