

川北町妊産婦及び乳児健康診査費助成申請書

(該当にチェックと記入)

<input type="checkbox"/>	石川県外で受診した妊婦(超過分を除く)・産婦・乳児健康診査費
<input type="checkbox"/>	超過分(15回目以降)の妊婦健康診査費

【出産予定日 年 月 日】

川北町長 あて

下記、太枠内をご記入ください。

申請日： 年 月 日

申請者	住所	川北町
	氏名	Ⓜ
	電話番号	- -

受診者 氏名	妊産婦 (年 月 日生)	乳児 (年 月 日生)
-----------	------------------	-----------------

受診票の種類と受診日	健康診査区分	受診年月日	健診機関等	健康診査区分	受診年月日	健診機関等
	妊婦 1回目	年 月 日		妊婦 1 2回目	年 月 日	
	妊婦 2回目	年 月 日		妊婦 1 3回目	年 月 日	
	妊婦 3回目	年 月 日		妊婦 1 4回目	年 月 日	
	妊婦 4回目	年 月 日		妊婦 1 5回目	年 月 日	
	妊婦 5回目	年 月 日		妊婦 1 6回目	年 月 日	
	妊婦 6回目	年 月 日			年 月 日	
	妊婦 7回目	年 月 日			年 月 日	
	妊婦 8回目	年 月 日			年 月 日	
	妊婦 9回目	年 月 日		産婦	年 月 日	
	妊婦 10回目	年 月 日		乳児 1回目	年 月 日	
	妊婦 11回目	年 月 日			年 月 日	

私は、川北町長が妊産婦及び乳児健康診査費助成金支給申請に係る事務を行うにあたり、住民基本台帳等を閲覧することを承諾します。

氏名 Ⓜ

決定された助成金については、下記口座に振り込んでください。

振込先	金融機関名	銀行 本店 信用金庫 支店 農業協同組合 支所	種類
	口座番号(左詰)		1. 普通(総合) 2. 当座
	フリガナ		
	口座名義人		

- 備考 1.添付書類 ① 母子健康手帳の写し(受診日・健診内容がわかるページ)
 ② 母子保健のしおりの妊産婦及び乳児一般健康診査受診票(健診機関等または本人記載)
 ③ 領収書・医療費明細書の原本(受診日と健康診査費のわかるもの)
 ④ 通帳またはキャッシュカードの写し(口座番号の確認できる部分)
- 2.最後の健康診査受診月から数えて1年以内に申請してください。

町処理欄	助成決定年月日	年 月 日	助成決定額	円	<input type="checkbox"/> 住基確認	<input type="checkbox"/> 出産予定日確認		
	内訳							
	健康診査区分	申請額	基準額	助成決定額	健康診査区分	申請額	基準額	助成決定額
	妊婦 回目	円	円	円	産婦 回目	円	円	円
	妊婦 回目	円	円	円	乳児 回目	円	円	円
	妊婦 回目	円	円	円	超過分			
	妊婦 回目	円	円	円	妊婦 回目	円	円	円
	妊婦 回目	円	円	円	妊婦 回目	円	円	円