

様式第1号（第11条関係）

母子保健健康診査費助成申請書

下記のとおり関係書類を添えて母子保健健康診査費の助成を申請します。なお、本申請の審査に必要な範囲で助成対象者に関する住民票等の確認を行うことに同意します。

記

	(ふりがな) 氏 名	生年月日
助成対象者（受診者）	( )	年 月 日
助成対象者の配偶者	( )	年 月 日
助成対象者の住所	〒	電話 ( )
申請者（口座名義人と同一であること） 氏 名 (印) （助成対象者又はその配偶者による自署又は記名押印） 健康診査受診のため支出した額 金 円 申請金額 金 円 年 月 日 白浜町長 様		

注:申請者欄には、助成対象者（受診者）又はその配偶者の氏名を記載してください。

振込先については、以下のとおりとします。

振込先	金融機関名	銀行・金庫・農協				本店・支店・出張所			
	預金種別	普通・当座・その他	口座番号						
	ゆうちょ銀行	記号				番号			
	口座名義人 (申請者と同一であること)								

母子保健健康診査費助成申請金額 内訳

申請者氏名 ( )

妊婦健康診査費	受診のため支出した額の合計	(A)	円
	未使用の受診票の残額	(B)	円
	申請金額 (AとBのいずれか少ない方の額)	(C)	円

※下記については、受診票を使用せずに受診した項目のみ記載してください。

		支出額 (D)	受診票の 上限額 (E)	(D) と (E) のいずれか 少ない方の額
産婦健診	2週間後	円	5,000円	円
	1か月後	円	5,000円	円
新生児聴 覚検査	初回検査	円	5,000円	円
	確認検査	円	5,000円	円
1か月児健診		円	6,000円	円
合計額				(F) 円

申請金額合計 (CとFの合計)	円
-----------------	---

※記入方法・金額がわからない場合は、窓口でご相談ください。