

七尾市妊産婦及び乳児一般健康診査受診費助成金支給申請書

年 月 日

七尾市長

太枠内を記入してください。

申請者	氏名	(続柄:)					
	住所	〒 七尾市					
	電話番号						
受診者(妊産婦)	氏名						
	生年月日	年 月 日生 (歳)					
受診者(乳児)	氏名						
	生年月日	年 月 日生					
受診票種類	受診年月日	本人支払額	医療機関名	受診票種類	受診年月日	本人支払額	医療機関名
妊婦 回目	・ ・	円		多胎妊婦	・ ・	円	
妊婦 回目	・ ・	円		多胎妊婦	・ ・	円	
妊婦 回目	・ ・	円		多胎妊婦	・ ・	円	
妊婦 回目	・ ・	円		多胎妊婦	・ ・	円	
妊婦 回目	・ ・	円		多胎妊婦	・ ・	円	
妊婦 回目	・ ・	円		産婦1回目	・ ・	円	
妊婦 回目	・ ・	円		産婦2回目	・ ・	円	
妊婦 回目	・ ・	円		乳児1回目	・ ・	円	
妊婦 回目	・ ・	円		乳児2回目	・ ・	円	
妊婦 回目	・ ・	円		新生児聴覚	・ ・	円	
支給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。							
金融機関名	銀行 信用金庫 農業協同組合			本店 支店			
種別	普通 当座	口座番号					
(フリガナ) 口座名義人							
私は、七尾市長が妊産婦及び乳児一般健康診査受診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)			

(注)受診日より1年以内に申請してください。

(注)本人支払額は、支払った健診料の額をそのまま記入してください。

(注)助成金額は市が要綱で定める額を上限とし、それを下回った場合はその額とします。

(注)健康診査料領収書(レシートやコピーは不可)を必ず添付してください。また、母子健康手帳・通帳・母子保健のしおり(無料券綴り)もお持ちください。

(注)処理欄は記入しないでください。

処理欄	決定年月日 支給決定額 円
-----	---------------------