

様式第19号（第8条関係）

妊産婦・乳児健康診査・新生児聴覚検査受診費用助成申請書

令和 年 月 日

長久手市長殿

申請者 住所（〒 - ）

長久手市

氏名（保護者）

電話番号

下記のとおり長久手市妊産婦・乳児健康診査実施要領第8条第3項の規定により申請します。

なお、申請内容の審査のため、市が住民基本台帳等の閲覧をすることを承諾します。

妊婦及び産婦健康診査					乳児健康診査、新生児聴覚検査				
受診者 氏名	(生年月日 年 月 日)				乳児 氏名	(生年月日 年 月 日)			
受診 医療機関					受診 医療機関				
回	健診年月日	自己負担額 (円)	※助成額 (円)	備考	回	健診年 月日	自己負担額 (円)	※助成額 (円)	備考
1	・ ・				11	・ ・			
2	・ ・				12	・ ・			
3	・ ・				13	・ ・			
4	・ ・				14	・ ・			
5	・ ・				子宮	・ ・			
6	・ ・				産婦	・ ・			
7	・ ・				乳1	・ ・			
8	・ ・				乳2	・ ・			
9	・ ・				聴覚	・ ・			
10	・ ・								
※助成決定額		金 円							
振込先	金融機関名				銀行 農業協同組合 信用金庫				本店 支店・支所
	種 別	普通・当座		口座番号					
	(フリガナ)					申請者との続柄			
	口座名義人								

注1 「※」の欄は長久手市が記入します。太枠内をご記入ください。

注2 添付書類：受診票、健康診査に要した費用の領収書・診療報酬明細書等

注3 助産所では、第1回・第4回・第8回・第10回及び第12回の妊婦健康診査は受診できません。

注4 申請の際は親子健康手帳（母子健康手帳）、銀行等振込先の通帳をお持ちください。

※ 市記入欄

親子(母子)健康手帳交付日	交 付 番 号							