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１	・　・			
7	・　・				産２	・　・			
8	・　・				乳１	・　・			
9	・　・				乳２	・　・			
10	・　・				聴覚	・　・			

※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							
．　．								