

様式第1号(第9条関係)

新宮町母子健康診査等費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(あて先)新宮町長

申請者 住 所 新宮町

氏 名

電話番号

母子健康診査等に係る費用の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

受診者名	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	新宮町 ※申請者と同じ場合は記入不要		

※該当する申請項目に☒

☐産婦健康診査

☐新生児聴覚検査

☐1か月児健康診査

【助成金振込先(申請者と同名義)】

銀行 農協 信用金庫		本店 支店 所
普通 ・ 当座		口座番号
口座名義人	(フリガナ)	

請求額合計 ①+②+③	円
----------------	---

【産婦健康診査】

医療機関名			
回数	受診日	支払金額	①助成額 ※町記入欄
1回目	年 月 日	円	円
2回目	年 月 日	円	円

【新生児聴覚検査】

子の名前		生年月日	年 月 日
住 所	※申請者と同じ場合は記入不要		
医療機関名			
検査日	年 月 日	検査結果	右(パス・リファー) 左(パス・リファー)
支払金額	円	②助成額 ※町記入欄	円

【1か月児健康診査】

子の名前		生年月日	年 月 日
住 所	※申請者と同じ場合は記入不要		
医療機関名			
受診日	年 月 日		
支払金額	円	③助成額 ※町記入欄	円

※添付書類

- (1) 受診をした医療機関等が発行する産婦健康診査、新生児聴覚検査又は1か月児健康診査の自己負担に係る領収書の写し
- (2) 受診をした項目に該当する受診券等の原本
- (3) 母子健康手帳の受診した項目に該当する記録欄の写し
- (4) 助成金の振込先口座が確認できる書類の写し