

年 月 日

飛島村長 様

住 所
申請者 氏 名
電話番号 印

助産施設等における妊産婦及び乳児健康診査等費用助成申請書

下記のとおり妊産婦及び乳児健康診査等の助成を申請します。

住 所	愛知県海部郡飛島村						
妊 産 婦 氏 名	フリガナ		乳 児 氏 名	フリガナ			
生年月日	年	月	日	生年月日	年	月	日
医療機関名	所在地						
	名称						
健診の種類	妊 婦 1 回目	妊 婦 2 回目	妊 婦 3 回目	妊 婦 4 回目	妊 婦 5 回目	妊 婦 6 回目	妊 婦 7 回目
	妊 婦 8 回目	妊 婦 9 回目	妊 婦 10 回目	妊 婦 11 回目	妊 婦 12 回目	妊 婦 13 回目	妊 婦 14 回目
	子宮頸がん検診		産 婦	新生児聴覚検査			乳児 1 回目
申請額 金 円 内訳 本人支払額 金 円 （別紙領収書のとおり）							
口座振込依頼書 この支払金は、下記指定の預金口座へ振込願います。							
金融機関名							
銀行 金庫 農協		本店 支店 支所			代理店 出張所		
預金種別	口座番号			フリガナ			
1 普通預金 2 当座預金				口座名義			

- 備考 1 申請額は支払った健診費の額を記入してください。ただし、助成限度額を上限とし、それを下回った場合はその額とします。
2 添付書類：領収書、妊婦及び産婦健康診査受診票その他村長が必要と認める書類