

様式第 1 号（第 7 条関係）

（表）

本庄市妊産婦健康診査・新生児聴覚スクリーニング検査助成金交付申請書

年 月 日

（あて先）本庄市長

本庄市妊産婦健康診査・新生児聴覚スクリーニング検査助成金交付要綱第 7 条第 1 項の規定により、下記のとおり助成金の交付を申請します。なお、この申請に基づく助成金の交付決定に当たり、確認等が必要な場合は受診した医療機関等又は住民基本台帳に市が照会することに同意します。

記

フリガナ			生年月日
申請者氏名 (妊産婦本人)			
住 所			
電 話 番 号		出産年月日	年 月 日
新 生 児 名			
受 診 し た	名 称		
医 療 機 関	住 所		
又 は 助 産 所	電 話 番 号		

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者以外（下の欄に記入）
フリガナ	
氏 名	
住 所	電話番号

添付書類	☐ 受診した結果等必要事項が記載された妊婦健康診査助成券・産婦健康診査助成券・新生児聴覚スクリーニング検査助成券等 ☐ 未使用の助成券等
	☐ 領収書の写しとその原本 ☐ 母子健康手帳 ☐ 申請者名義（妊産婦本人名義）の通帳

振込先 (申請者名義)	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店	種別	1 普通 2 当座
	金融機関コード	店舗コード	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義人				

(裏)

※裏面は記入しないでください。

妊産婦健康診査又は 新生児聴覚スクリー ニング検査の受診日	支払金額	対応する 助成券等	契約単価 (支払上限)	確認額	備考
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
合 計					

要件確認	☐ 住所（受診日時点） ☐ 申請書（受診日より1年間） ☐ 医療機関（委託契約外） ☐ 産婦健診受診日（出産日から概ね1か月以内） ☐ 新生児聴覚スクリーニング検査実施月齢（生後6か月未満）
備考	