

西尾市妊産婦・乳児健康診査費等支給申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 西 尾 市 長

〒 ー

住 所 西尾市

申 請 者 氏 名

※口座名義人と同一

電 話

西尾市妊産婦・乳児健康診査費等助成金を支給してください。
 なお、私は西尾市長が西尾市妊産婦・乳児健康診査費等支給申請に係る事務を行うに当たり、住民基本台帳等を閲覧することを承諾します。

*太枠を記入

受診票番号				受診者(生年月日)				出産予定日(妊婦のみ)	
6	1	4		妊産婦氏名 (年 月 日生)				年 月 日	
7	1	4		乳児氏名 (年 月 日生)					
支給申請額				円					

支給決定された費用については、下記口座に振り込んでください。 ※申請者と同一

金融機関名		預金区分・口座番号		口座名義人(フリガナ)	
銀行・信金 農協・信組		店	普通 当座	()	

妊産婦・乳児健康診査受診明細

*市処理欄

受診票種類		助成限度額	健診年月日			支払金額	支給決定額
妊婦健診	第1回黄	円	年	月	日	円	円
	子宮頸癌白	円	年	月	日	円	円
	第2回桃	円	年	月	日	円	円
	第3回桃	円	年	月	日	円	円
	第4回橙	円	年	月	日	円	円
	第5回桃	円	年	月	日	円	円
	第6回桃	円	年	月	日	円	円
	第7回桃	円	年	月	日	円	円
	第8回橙	円	年	月	日	円	円
	第9回桃	円	年	月	日	円	円
	第10回橙	円	年	月	日	円	円
	第11回桃	円	年	月	日	円	円
	第12回橙	円	年	月	日	円	円
	第13回桃	円	年	月	日	円	円
第14回桃	円	年	月	日	円	円	
新生児聴覚検査	藤	円	年	月	日	円	円
産婦健診	第1回緑	円	年	月	日	円	円
	第2回緑	円	年	月	日	円	円
乳児健診	第1回青	円	年	月	日	円	円
	第2回青	円	年	月	日	円	円

必要書類

- 健康診査受診票（医師または助産師により裏面の結果報告書が記入されているもの）
- 医療機関が発行する領収書（原本が他に必要な場合は、併せて写しもお持ちください。）
- 振り込み先のわかるもの

*市処理欄

決定年月日	
支給決定額	円
妊婦健診	円
聴覚検査	円
産後健診	円
乳児健診	円

受付印
