

中能登町妊婦・産婦及び乳児健康診査費用助成金支給申請書兼請求書

年 月 日

中能登町長

申請 ・ 請求額 _____ 円

太枠内を記入してください。

申請 ・ 請求者	氏名	印 (続柄:)					
	住所	〒 中能登町					
	電話番号						
対象者(妊産婦)	氏名						
	生年月日	年 月 日生 (歳)					
対象者(乳児)	氏名						
	生年月日	年 月 日生					
受診票種類	受診年月日	本人支払額	医療機関名	受診票種類	受診年月日	本人支払額	医療機関名
妊婦1回目	・ ・	円		妊娠14回目	・ ・	円	
妊婦2回目	・ ・	円		妊娠15回目	・ ・	円	
妊婦3回目	・ ・	円		妊娠16回目	・ ・	円	
妊婦4回目	・ ・	円		妊娠17回目	・ ・	円	
妊婦5回目	・ ・	円		多胎妊婦	・ ・	円	
妊婦6回目	・ ・	円		多胎妊婦	・ ・	円	
妊婦7回目	・ ・	円		多胎妊婦	・ ・	円	
妊婦8回目	・ ・	円		多胎妊婦	・ ・	円	
妊婦9回目	・ ・	円		多胎妊婦	・ ・	円	
妊娠10回目	・ ・	円		産 婦	・ ・	円	
妊娠11回目	・ ・	円		乳児1回目	・ ・	円	
妊娠12回目	・ ・	円		乳児2回目	・ ・	円	
妊娠13回目	・ ・	円		新生児聴覚	・ ・	円	
※支給決定された助成金については、下記口座に振り込んでください。							
金融機関名	銀行 信用金庫 農業協同組合			本店 支店			
種 別	普 通 当 座	口座番号					
(フリガナ) 口座名義人							
私は、中能登町長が妊婦・産婦及び乳児健康診査助成金支給請求に係る事務を行うにあたり、住民基本台帳等の閲覧及び、医療機関に受検した検査内容を確認することを承諾します。				(氏名)			

- (注) 1 県外で受診した場合も無料受診票に受診した結果を医療機関に記入してもらってください。
 2 医療機関発行の健康診査料領収書及び明細書(レシートやコピーは不可)を添付してください。
 また、母子健康手帳もお持ちください。県外で受診した方は、受診結果が記入された無料受診券もお持ちください。
 3 本人支払額は支払った健診料の額をそのまま記入してください。
 4 助成金額は町が指定医療機関と契約している単価を上限とし、それを下回った場合はその額とします。
 5 申請期限は受診日より1年以内です。

※以下の欄は記入しないでください。

申請者確認 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他() No.	処理欄	助成決定年月日： 支給決定額：
---	-----	--------------------