

様式第 1 3 (第 9 条関係)

高浜市妊婦・産婦・乳児健康診査費支給申請書

年 月 日

(宛先) 高浜市長

申請者 住所
氏名
電話番号

印

高浜市妊産婦及び乳児健康診査実施要綱第 9 条に基づき、下記のとおり申請します。

種 別		実 施 費 用 額	補助額 *市が記入します。
妊 婦	氏名 生年月日	第 1 回	円
		子宮頸がん	円
		第 2 回	円
		第 3 回	円
		第 4 回	円
		第 5 回	円
		第 6 回	円
		第 7 回	円
		第 8 回	円
		第 9 回	円
		第 1 0 回	円
		第 1 1 回	円
		第 1 2 回	円
		第 1 3 回	円
第 1 4 回	円		
産 婦	氏名 生年月日	第 1 回	円
		第 2 回	円
乳 児	氏名 生年月日	第 1 回	円
		新生児聴覚	円
		第 2 回	円
合 計		円	円

金 融 機 関	銀行 信金	支店	口座種別	普通 ・ 当座
	信組 農協		口座番号	
口 座 名 義 人	フリガナ			

- 添付書類 (1) 申請に係る妊婦・産婦・乳児健康診査受診票
(2) 健康診査に要した費用の領収書及び診療明細書