

妊婦、産婦及び乳児健康診査費助成申請書

年 月 日

（あて先）白山市長

（申請者）

住 所

氏 名

印

電話番号

白山市妊婦、産婦及び乳児健康診査費助成事業実施要綱第8条第1項の規定により、健康診査に係る費用の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

対象者	妊産婦	フリガナ		生年月日	年 月 日
		氏 名			
		住 所	白山市		
	乳幼児	フリガナ		生年月日	年 月 日
		氏 名			
		住 所	白山市		
振込口座	銀行		本店	口座番号	
	金庫		支店	フリガナ	
	農協		出張所	名義人	
			普通		

健康診査の種類	受診年月日	健診機関名	受診者負担額	助成限度額(※)	助成決定額(※)
妊婦1回目			円		円
妊婦2回目			円		円
妊婦3回目			円		円
妊婦4回目			円		円
妊婦5回目			円		円
妊婦6回目			円		円
妊婦7回目			円		円
妊婦8回目			円		円
妊婦9回目			円		円
妊婦10回目			円		円
妊婦11回目			円		円
妊婦12回目			円		円
妊婦13回目			円		円
妊婦14回目			円		円
産婦			円		円
乳児1回目			円		円
乳児2回目			円		円
追加健診1回目			円		円
追加健診2回目			円		円
※は記入しないでください。				合計	円