

妊婦健康診査費助成金申請書

下記のとおり妊婦健康診査を受診したので、関係書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

阿賀野市長様

*太枠内をご記入ください

申請者 (妊産婦) 本人	(フリガナ) 氏名	()	母子健康手帳番号				
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)					
	住所	〒 昼間の連絡先電話番号 ()					
妊娠届出後に住所を変更した方は、前住所地をご記入下さい。		転出入年月： 年 月 日 [右記市役所記入欄：確認要・否] 前住所：					
<p>【同意書】妊婦健康診査費の助成を受けるにあたり、必要があるときは住民基本台帳閲覧や受診医療機関へ内容確認等を行うことに同意します。</p> <p>申請者氏名 _____ (自著)</p>							
振 込 先	金融機関名	銀行・農協 信組・信金			支店 支所		
	預金種別	普通	当座	口座番号			
	(フリガナ) 口座名義人	()					

◎ 下記は市で記入

回数	妊婦健康診査受診日	医療機関名	自己負担額 (助成対象額)	助成上限額	助成額
初回	令和 年 月 日		(円)	円	円
2回目	令和 年 月 日		(円)	円	円
3回目	令和 年 月 日		(円)	円	円
4回目	令和 年 月 日		(円)	円	円
5回目	令和 年 月 日		(円)	円	円
6回目	令和 年 月 日		(円)	円	円
7回目	令和 年 月 日		(円)	円	円
8回目	令和 年 月 日		(円)	円	円
9回目	令和 年 月 日		(円)	円	円
10回目	令和 年 月 日		(円)	円	円
11回目	令和 年 月 日		(円)	円	円
12回目	令和 年 月 日		(円)	円	円
13回目	令和 年 月 日		(円)	円	円
14回目	令和 年 月 日		(円)	円	円
15回目	令和 年 月 日		(円)	円	円
16回目	令和 年 月 日		(円)	円	円
17回目	令和 年 月 日		(円)	円	円
18回目	令和 年 月 日		(円)	円	円
助成額合計					円

