

知立市長 殿

※ 太枠内をご記入ください。

受診者 (妊産婦氏名) 年 月 日生		申請者 住所 知立市
(乳児氏名) 年 月 日生		氏名 電話 -
出産(予定)日 年 月 日	続柄	

受診票	受診月日	医療機関名	申請額(右記限度額を上限とする)	申請限度額
妊婦	1回目	月 日	円	20,950円(*20,900円)
	2回目	月 日	円	4,380円(*4,330円)
	3回目	月 日	円	4,380円(*4,330円)
	4回目	月 日	円	9,160円(*9,110円)
	5回目	月 日	円	4,380円(*4,330円)
	6回目	月 日	円	4,380円(*4,330円)
	7回目	月 日	円	4,380円(*4,330円)
	8回目	月 日	円	18,850円(*18,810円)
	9回目	月 日	円	4,380円(*4,330円)
	10回目	月 日	円	8,060円(*8,010円)
	11回目	月 日	円	4,380円(*4,330円)
	12回目	月 日	円	10,980円(*10,880円)
	13回目	月 日	円	4,380円(*4,330円)
	14回目	月 日	円	4,380円(*4,330円)
子宮ガン	月 日		円	3,470円
産後	月 日		円	5,000円
乳児	1回目	月 日	円	6,300円(*6,230円)
	2回目	月 日	円	6,300円(*6,230円)
新生児聴覚検査	月 日		円	5,000円
<b>合計金額</b>			円	

支給される診査費用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	店
種 別	普通 当座	口座番号
(フリガナ)		
口座名義人		

※ 添付書類 ・医療機関の発行した領収書 ・未使用の受診票 ・母子手帳

私は、知立市長が知立市妊産婦・乳児健康診査費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。

年 月 日

申請者 住所 知立市  
氏名

\* 令和2年度に、受診票の交付を受けた方は申請限度額が(\* )内になります

令和3年4月作成