

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	21,280円(*20,950円)
	2回目	月 日	円	4,380円
	3回目	月 日	円	4,380円
	4回目	月 日	円	9,160円
	5回目	月 日	円	4,380円
	6回目	月 日	円	4,380円
	7回目	月 日	円	4,380円
	8回目	月 日	円	18,990円(*18,850円)
	9回目	月 日	円	4,380円
	10回目	月 日	円	8,150円(*8,060円)
	11回目	月 日	円	4,380円
	12回目	月 日	円	10,990円(*10,980円)
	13回目	月 日	円	4,380円
	14回目	月 日	円	4,380円
子宮ガン	月 日		円	3,550円(*3,470円)
産後	月 日		円	5,000円
乳児	1回目	月 日	円	6,300円
	2回目	月 日	円	6,400円(*6,300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(裏面に結果を記入したもの) ・母子健康手帳				
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3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4年4月作成