

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		
出産(予定)日 年 月 日		電話 —		
		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	21,300円(*21,280円)
	2回目	月 日	円	4,480円(*4,460円)
	3回目	月 日	円	4,480円(*4,460円)
	4回目	月 日	円	9,260円(*9,240円)
	5回目	月 日	円	4,480円(*4,460円)
	6回目	月 日	円	4,480円(*4,460円)
	7回目	月 日	円	4,480円(*4,460円)
	8回目	月 日	円	19,840円(*19,820円)
	9回目	月 日	円	4,480円(*4,460円)
	10回目	月 日	円	8,470円(*8,450円)
	11回目	月 日	円	4,480円(*4,460円)
	12回目	月 日	円	11,140円(*11,120円)
	13回目	月 日	円	4,480円(*4,460円)
	14回目	月 日	円	4,480円(*4,460円)
子宮ガン	月 日		円	3,350円
産後	1回目	月 日	円	5,000円
	2回目	月 日	円	5,000円
乳児	1回目	月 日	円	6,640円
	2回目	月 日	円	6,640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			
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7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8年4月作成