

妊産婦・乳児健康診査費支給申請書

年 月 日

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 (乳児氏名) 年 月 日生			申請者 住所 知立市 氏名 電話 — 続柄		
出産(予定)日		年 月 日			
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(*21,270円)
	2回目	月 日		円	4,460円(*4,420円)
	3回目	月 日		円	4,460円(*4,420円)
	4回目	月 日		円	9,240円(*9,200円)
	5回目	月 日		円	4,460円(*4,420円)
	6回目	月 日		円	4,460円(*4,420円)
	7回目	月 日		円	4,460円(*4,420円)
	8回目	月 日		円	19,820円(*19,860円)
	9回目	月 日		円	4,460円(*4,420円)
	10回目	月 日		円	8,450円(*8,300円)
	11回目	月 日		円	4,460円(*4,420円)
	12回目	月 日		円	11,120円(*11,050円)
	13回目	月 日		円	4,460円(*4,420円)
	14回目	月 日		円	4,460円(*4,420円)
子宮ガン		月 日		円	3,350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(6,300円)
	2回目	月 日		円	6,640円(6,400円)
新生児聴覚検査		月 日		円	5,000円
		合計金額		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 口座番号 当座				
(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