

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	21,270円(*21,250円)
	2回目	月 日		円	4,420円(*4,400円)
	3回目	月 日		円	4,420円(*4,400円)
	4回目	月 日		円	9,200円(*9,180円)
	5回目	月 日		円	4,420円(*4,400円)
	6回目	月 日		円	4,420円(*4,400円)
	7回目	月 日		円	4,420円(*4,400円)
	8回目	月 日		円	19,860円(*18,980円)
	9回目	月 日		円	4,420円(*4,400円)
	10回目	月 日		円	8,300円(*8,280円)
	11回目	月 日		円	4,420円(*4,400円)
	12回目	月 日		円	11,050円(*11,030円)
	13回目	月 日		円	4,420円(*4,400円)
	14回目	月 日		円	4,420円(*4,400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	6,300円
	2回目	月 日		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 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5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6年4月作成