

桑名市妊婦一般健康診査費用助成申請書

(宛先)桑名市長

妊婦一般健康診査費用を助成されるよう、桑名市妊婦一般健康診査費用助成事業要綱第4条の規定に基づき下記のとおり申請します。
この申請に際し、住所要件、受診状況等の必要事項を調査することを承諾します。

※太枠内をご記入ください。

申請者(受診者)氏名 【申請時】		フリガナ	生年月日	提出
申請者(受診者)氏名 【受診時】		フリガナ (受診時の姓等が上記と異なる場合は記入)		
住民票登録地 【申請時】				<input checked="" type="checkbox"/> 文書送付先左記
転出前住所 【受診時】	(受診時の住所が、住民票登録地と異なる場合は記入)			
電話番号 (連絡がとれる番号)				
受診日(年度)	変更	※受診日の年度については、「年度」の欄が「前年度」の欄より1日か2日超過した場合は3月31日		
妊娠届出日(母子保健のしおり交付日)				
振込先	本店 支店 出張所	預金種別	口座番号	
	金融コード	1. 普通		
	申請コード	2. 当座		
	フリガナ			
口座名義人				

入力フォームに必要事項を入力していただくことで、この申請書の必要事項を記載して申請書等を提出したものとみなします。

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下記に申請者の記名が必要です。

私は、上記の口座名義人に妊婦一般健康診査費用助成金の受取を委任します。

年 月 日 申請者氏名

↓以下の処理欄は記入しないでください。

【市 処理欄 2022. 4月】 住基確認(住所・名前)

助成決定額 合計

円

母子保健のしおり発行年度 (R2 ・ R3 ・ R4)年度

回数	1	2	3	4	5	6	7
実施年月日							
R2上限額(円)	24,690	5,430	5,430	5,430	5,430	17,500	5,430
R3上限額(円)	24,020	5,060	5,060	5,060	5,060	17,120	5,060
R4上限額(円)	24,070	5,110	5,110	5,110	5,110	17,170	5,110
領収書総額(円)							
助成決定額(円)							

回数	8	9	10	11	12	13	14
実施年月日							
R2上限額(円)	7,960	5,430	5,430	13,320	5,430	5,430	5,430
R3上限額(円)	7,590	5,060	5,060	13,000	5,060	5,060	5,060
R4上限額(円)	7,640	5,110	5,110	13,050	5,110	5,110	5,110
領収書総額(円)							
助成決定額(円)							

受付印

窓口()