

妊産婦・乳児健康診査受診助成申請書

年 月 日

東広島市長 様

申請（請求）者 住所
氏名
電話番号 （ ） -

次のとおり健康診査の受診に要した費用の助成を申請します。

フリガナ		生 年 月 日		
受診者氏名 (妊産婦)		年 月 日		
フリガナ		生 年 月 日		
受診者氏名 (乳 児)		年 月 日		
受 診 項 目		受診日	受診費用	対象分 (市記入欄)
	妊婦一般健康診査検査	年 月 日	円	円
	子宮頸がん検診	年 月 日	円	円
	クラミジア検査	年 月 日	円	円
	妊婦一般補助①	年 月 日	円	円
	妊婦一般補助②	年 月 日	円	円
	妊婦一般補助③	年 月 日	円	円
	妊婦一般補助④	年 月 日	円	円
	妊婦一般補助⑤	年 月 日	円	円
	妊婦一般補助⑥	年 月 日	円	円
	妊婦一般補助⑦	年 月 日	円	円
	妊婦一般補助⑧	年 月 日	円	円
	妊婦一般補助⑨	年 月 日	円	円
	妊婦一般補助⑩	年 月 日	円	円
	妊婦一般補助⑪	年 月 日	円	円
	妊婦一般補助⑫	年 月 日	円	円
	妊婦一般補助⑬	年 月 日	円	円
	妊婦一般補助⑭	年 月 日	円	円
	多胎妊婦一般補助⑮	年 月 日	円	円
	多胎妊婦一般補助⑯	年 月 日	円	円
	多胎妊婦一般補助⑰	年 月 日	円	円
	多胎妊婦一般補助⑱	年 月 日	円	円
	産婦健康診査①	年 月 日	円	円
	産婦健康診査②	年 月 日	円	円
新生児聴覚検査	年 月 日	円	円	
乳児一般健康診査①	年 月 日	円	円	
乳児一般健康診査②	年 月 日	円	円	
合計			円	円

振 込 先

金 融 機 関 名 店 舗 名	銀行・金庫 農協・組合				支店・本店 支所・出張所			
預 金 種 別 口 座 番 号	普通・当座							※右詰めで記入すること。
フリガナ								
口座名義人								

委任状			
私は、次の者を代理人と定め、受診費用の助成の申請（請求）及び受給を委任します。			
年 月 日			
氏 名 Ⓜ			
代 理 人	住 所		電話番号 () -
	フリガナ		申請（請求）者との続柄
	氏 名		生年月日 年 月 日

注 申請（請求）者以外の者を代理人（同一の世帯員、法定代理人等に限る。）として申請（請求）及び受給する場合に記入すること。

添付書類
<ul style="list-style-type: none"> ・ 母子健康手帳の健康診査結果の写し ・ 領収書（原本）及び明細書 ・ 受診券 ・ 産婦健康診査問診票〔市提出用〕（産婦健康診査を受診された場合のみ）
※乳児一般健康診査については、生後3か月以上の受診が助成の対象となります。