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	フリガナ		生年月日
受診者氏名（妊産婦）		年　月　日	受診者氏名（乳児）		年　月　日

		受診日	受診費用	対象分（市記入欄）
受診項目	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
	多胎妊婦一般補助⑲	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
	１か月児健康診査	年　月　日	円	円
	４か月児健康診査	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 支　店　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
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

・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）
・１か月児健康診査問診票[市提出用]（１か月児健康診査を受診された場合のみ）
・４か月児健康診査問診票[市提出用]（４か月児健康診査を受診された場合のみ）
・遅延理由書（最終受診日から40日を超えた申請の場合）