第1号様式(第5条関係)

昭島市妊婦健康診査等受診料補助金交付申請書兼請求書

年　月　日

昭島市長

昭島市妊婦健康診査等の補助金について交付を申請します。補助金額は、下記の口座に振り込んでください。

申請者	フリガナ		妊産婦との関係	生年月日
	氏名		本人・夫・	年　月　日
	住所	〒		電話番号
妊産婦□申請者と同じ	フリガナ			生年月日
	氏名	（単胎・多胎）		年　月　日
申請事由	1. 里帰りのため　2. その他の事情（　　）		出産日	年　月　日
子	フリガナ			生年月日
	氏名			年　月　日

種別			市事務処理欄			
子宮頸がん(含に○)	超音波(含に○)		受診日(日付順で記入)	健診等に要した額(A)(保険外診療のみ)	補助基準限度額(B)	(A)(B)のいずれか少ない方の金額
		1	年　月　日	円	円	円
		2	年　月　日	円	円	円
		3	年　月　日	円	円	円
		4	年　月　日	円	円	円
		5	年　月　日	円	円	円
		6	年　月　日	円	円	円
		7	年　月　日	円	円	円
		8	年　月　日	円	円	円
		9	年　月　日	円	円	円
		10	年　月　日	円	円	円
		11	年　月　日	円	円	円
		12	年　月　日	円	円	円
		13	年　月　日	円	円	円
		14	年　月　日	円	円	円
妊婦健康診査						
[市事務処理欄]回収受診票			妊婦健診　枚		妊婦健診額 計	円
			超音波　枚			
			子宮頸がん　枚			
新生児聴覚検査			年　月　日	円	円	円
産婦健康診査		1回目	年　月　日	円	円	円
		2回目	年　月　日	円	円	円
					産婦健診額 計	円
1か月児健康診査			年　月　日	円	円	円
[市事務処理欄]回収受診票に○			新生児聴覚　産婦　1・2　1か月児		申請額	円

振込先	金融機関名	銀行・農協 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種別 普通・当座
	口座番号			7桁を右詰め記入(5～6桁の場合は頭に0をつけてください)
	フリガナ(必須)			
	口座名義※			

※振込先の口座名義に申請者が旧姓を記入する場合は、下記に記入が必要です。

振込口座名義は旧姓ですが、同一人物で間違いありません。　申請者氏名(自著)

【市事務処理欄】

受付印

科目別	償還額
妊婦健診	
新生児聴覚検査	
産婦健診	
1か月児健診	
合　計	

交付決定額