

母子健康診査等費用補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

摂津市長 様

母子健康診査等費用補助金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。なお、交付することと決定した場合は、交付決定された補助金を次の口座に振り込んでいただきますよう請求します。

申請者 (請求者)	フリガナ												生年月日	年 月 日						
	氏名												電話番号							
	住所	摂津市																		
検査・診査 を受けた 子ども	フリガナ												生年月日	年 月 日						
	氏名																			
	住所	(申請者と違う場合) 摂津市																		
妊婦健康診査																				
未使用の受診券の枚数		枚											申請額 (費用負担額)		円					
未使用の受診券の番号 (○で囲むこと。)		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
		※15回~19回は、多胎妊婦に限るものとする。																		
産婦健康診査																				
未使用 受診券	1回目	受診年月日	年 月 日		申請額 (費用負担額)		円													
	2回目	受診年月日	年 月 日		申請額 (費用負担額)		円													
新生児聴覚検査																				
未受	使診	用券	受検年月日	年 月 日		申請額 (費用負担額)		円												
乳児一般健康診査																				
未受	使診	用券	受診年月日	年 月 日		申請額 (費用負担額)		円												
振込 口座	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合											本店 支店 出張所							
	預金の種類	普通・当座・その他()																		
	口座番号																			
	フリガナ																			
	口座名義人																			

添付書類

- (1) 未使用の受診券
- (2) 支払った費用の額を証明する書類(領収書など)
- (3) 妊婦健康診査又は乳児一般健康診査については、対象となる健康診査の記録が記載された母子健康手帳の写し
- (4) その他市長が必要と認める書類