

様式第1号

母子健康診査等費用補助金交付申請書

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。

1. 申請者

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏 名			
住 所	摂津市	電話番号	

2. 妊婦健康診査又は産婦健康診査に係る補助金申請額（負担額）

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
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							

3. 新生児聴覚検査又は乳児一般健康診査に係る補助金申請額（負担額）

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		
新 生 児 聴 覚 検 査				
受 診 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				
受 診 券	受診年月日	年 月 日	申請額 (費用負担額)	円

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もの