

様式第3号（第9条関係）

妊産婦、乳児健康診査費等助成申請書兼請求書

妊産婦の場合の 氏名及び生年月日	(氏名) (生年月日) 年 月 日生
乳児の場合の氏名、 生年月日及び保護者 氏名	(氏名) (生年月日) (保護者氏名) 年 月 日生
受診医療機関 の所在地、名称 及び電話番号	(所在地) 都・道・府・県 区・市・町・村 (名称) 電話番号
健康診査の種類 (該当を○で囲む)	・妊婦健康診査（第1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・ 11・12・13・14回） ・産婦健康診査（第1・2回） ・乳児健康診査（第1・2・3回） ・新生児聴覚検査（初回検査 自動ABR・OAE） （確認検査 自動ABR・OAE）
助成申請額 (請求額)	※本欄は訂正できませんので、窓口等で確認後に記入してください。 円
助成金の 受領口座	銀行・組合・金庫 店(所) (普通 ・ 当座) 口座番号 口座名義（カタカナ書きにしてください）
上記により妊産婦、乳児健康診査費等の助成を申請及び請求します。 この助成の決定、保健指導等に必要があれば、市が当該医療機関に情報取得することに 同意します。 年 月 日 潮来市長 様 申請者 住所 氏名 (妊産婦又は乳児との続柄) 電話番号	

(添付書類)

- (1) 医療機関等から健康診査等の結果を記載して返戻された受診票又は母子健康手帳
- (2) 健康診査等に係る費用の領収書