

様式第14号(第8条関係)

妊婦乳児一般健康診査費助成金交付申請(請求)書

豊後大野市長 様

年 月 日

申請者 住 所 豊後大野市
氏 名
電話番号



次のとおり妊婦乳児一般健康診査費助成金を申請(請求)します。

【申請者記入欄】

妊 婦 氏 名		生 年 月 日	年 月 日 (歳)
住 所	豊後大野市		
受 診 票	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14 A・B・C		
乳 児 氏 名		生 年 月 日	年 月 日 (か月)
住 所	豊後大野市		
受 診 票	3～6か月 ・ 9～11か月 ・ 新生児聴覚検査		

※添付書類

健康診査受診票
医療機関等が発行する領収書
口座振込依頼書

※申請期限は、受診の翌日から起算して1年以内です。

※助成額については、市と委託医療機関との間において締結した契約に定める額を限度とします。

※母子健康手帳と妊婦乳児健康診査受診票(委託医療機関用)をお持ちください。

【豊後大野市記入欄】

申 請 受 理 日	年 月 日	交 付 番 号	
助 成 額	円		