

鹿嶋市妊産婦・乳児健康診査費助成申請書兼請求書

受診者 (該当する健診に☑) <input type="checkbox"/> 妊婦健康診査 <input type="checkbox"/> 産婦健康診査 <input type="checkbox"/> 乳児健康診査	フリガナ			生年月日				
	氏名			年	月	日		
	住所	〒 鹿嶋市						
	電話番号	( )						
※県外医療機関受診事由 (乳児健康診査の場合のみ記入)		例) 災害・入院 等 _____						
妊婦健診 ※ 該当する健診の 受診日を記入	健診回数	受診日			健診回数	受診日		
	第1回	年	月	日	第8回	年	月	日
	第2回	年	月	日	第9回	年	月	日
	第3回	年	月	日	第10回	年	月	日
	第4回	年	月	日	第11回	年	月	日
	第5回	年	月	日	第12回	年	月	日
	第6回	年	月	日	第13回	年	月	日
第7回	年	月	日	第14回	年	月	日	
産婦健診	第1回	年	月	日	第2回	年	月	日
乳児健診	第1回	年	月	日	第2回	年	月	日
領収書(原本)の返却		済 <input type="checkbox"/> ※窓口担当者チェック		健診を受けた都道府県名 ( )				
鹿嶋市長 様 上記のとおり、関係書類を添えて妊産婦・乳児健康診査費の助成を申請します。 年 月 日 【申請者】住所 鹿嶋市 氏名 _____ 電話番号 ( ) _____ 受診者との関係 _____								
1. 助成金については、以下の口座へ振込を依頼します。								
振込口座	金融機関コード				店番号			
	金融機関名	銀行 金庫 組合			本店	普通		
	口座番号	フリガナ			支店	当座		
委任状	鹿嶋市妊産婦・乳児健康診査金の受領に関し、下記の者に委任します。							
	委任者(申請者)	氏名 _____			出張所	(該当を○で囲む)		
受任者	氏名 _____							

《担当者記入欄》

	回数	助成金額上限 ①	受診者支払額 ②	助成額 ①と②のうち、いずれか低い額	回数	助成金額上限 ①	受診者支払額 ②	助成額 ①と②のうち、いずれか低い額
	妊婦	1	20,550円	円	円	8	10,600円	円
2		5,000円	円	円	9	5,000円	円	円
3		5,000円	円	円	10	5,000円	円	円
4		8,500円	円	円	11	8,000円	円	円
5		5,000円	円	円	12	8,500円	円	円
6		6,000円	円	円	13	5,000円	円	円
7		5,000円	円	円	14	5,000円	円	円
産婦	1	5,000円	円	円	2	5,000円	円	円
乳児	1	5,605円	円	円	2	5,605円	円	円
合計金額				円	決定通知	振込日		