

妊産婦健康診査・新生児聴覚スクリーニング検査助成金交付申請書

年 月 日

深谷市長 宛て

深谷市妊産婦健康診査・新生児聴覚スクリーニング検査助成金交付要綱（以下、要綱）第6条第1項の規定により、次のとおり助成金の交付を申請します。

なお、この申請に基づく助成金の交付決定にあたり、確認等が必要な場合には、市が照会することに同意します。

記

フリガナ				生 年 月 日
申請者氏名 （妊産婦本人）				
住 所				
電 話 番 号		出産年月日		年 月 日
新 生 児 名				
受 診 し た 医 療 機 関 又 は 助 産 所	名 称			
	住 所			
	電 話 番 号			

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人	<input type="checkbox"/> 申請者以外（下の欄に記入）
フリガナ		
氏 名		
住 所	電話番号	

添付書類	<input type="checkbox"/> 受診した結果等必要事項が記載された妊産婦健康診査助成券・産婦健康診査助成券・新生児聴覚スクリーニング検査助成券等 <input type="checkbox"/> 領収書の写しとその原本 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> 申請者名義（妊産婦本人名義）の通帳 <input type="checkbox"/> 未使用の助成券等
------	---

振込先 （申請者名義）	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店	種目	1 普通	2 当座	
			口座番号			
	金融機関コード	店舗コード				
	フリガナ					
	口座名義人					

(裏)

※裏面は記入しないでください。

妊産婦健康診査 又は新生児聴覚 スクリーニング 検査の受診日	支払金額	対応する 助成券等	契約単価 (支払上限)	確認額	備考
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
合計					

要件確認	<input type="checkbox"/> 住所（受診日時点） <input type="checkbox"/> 申請日（受診日より1年間） <input type="checkbox"/> 医療機関（委託契約外） <input type="checkbox"/> 産婦健診受診日（出産日から概ね1ヶ月以内） <input type="checkbox"/> 新生児聴覚スクリーニング検査実施月齢（生後6か月未満）
備考	