

妊産婦健康診査・新生児聴覚スクリーニング検査

・1か月児健康診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・1か月児健康診査助成金交付要綱（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・1か月児健康診査受診票 | |
| | <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 | | | | | | | | |

