

(宛先) 前橋市長

助成金交付申請書兼実績報告書

前橋市妊婦健康診査費助成金、前橋市新生児聴覚検査費用助成金、前橋市産婦健康診査費助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

申請者 (母)		生年月日	
住所	前橋市 丁目 _____ 電話番号： _____		

1 前橋市妊婦健康診査事業実施要綱、前橋市産婦健康診査事業実施要綱に基づき、下記のとおり申請します。

受診 医療機関	医療機関名： 住所：	出産日 (予定日)	令和 年 月 日
電話番号： _____			
妊婦健診受診票	助成金上限額(A)	健診費用(B)	申請額 (C) (A)又は(B)のいずれか少ない額
第1回	円	円	円
第2回	円	円	円
第3回	円	円	円
第4回	円	円	円
第5回	円	円	円
第6回	円	円	円
第7回	円	円	円
第8回	円	円	円
第9回	円	円	円
第10回	円	円	円
第11回	円	円	円
第12回	円	円	円
第13回	円	円	円
第14回	円	円	円
多胎妊婦	第15回	円	円
	第16回	円	円
	第17回	円	円
	第18回	円	円
	第19回	円	円
妊婦健康診査費助成金 申請額合計			円
産婦健診受診票	助成金上限額(A)	健診費用(B)	申請額 (C) (A)又は(B)のいずれか少ない額
2週間	円	円	円
1か月	円	円	円
産婦健康診査費助成金 申請額合計			円

2 前橋市新生児聴覚検査費用の助成事業実施要綱に基づき、下記のとおり申請します。

受診者 (子)		生年月日	令和 年 月 日
住所	(子の住所が母と違う場合) 丁目 _____		
検査日		検査方法	<input type="checkbox"/> 自動聴性脳幹反応検査(自動ABR) <input type="checkbox"/> 耳音響放射検査(OAE) <input type="checkbox"/> その他
受診 医療機関	医療機関名： 住所： <input type="checkbox"/> 妊婦健診と同じ	電話番号： _____	()
新生児聴覚検査	助成金上限額(A) (一児につき3,000円)	検査費用(B)	申請額 (C) (A)又は(B)のいずれか少ない額
3,000円×()児	円	円	円
新生児聴覚検査費用助成金 申請額合計			円