

(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) 前橋 花子 生年月日 昭和〇年〇月〇日 住所 前橋市朝日町〇-〇-〇 電話番号: 090(〇〇〇〇)〇〇〇〇

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: △△産婦人科 出産日(予定日) 令和〇年〇月〇日 住所: 東京都〇〇区〇〇 電話番号: 090(〇〇〇〇)〇〇〇〇

妊婦健診受診票 table with columns: 助成金上限額(A), 健診費用(B), 申請額(C). Includes a large red box with text: 金額の欄は、未記入でお願いします。

産婦健康診査費助成金 申請額合計 table with columns: 助成金上限額(B), 健診費用(A), 申請額(C). Includes a red box for the application amount.

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) 前橋 そら 生年月日 令和〇年〇月〇日 住所 (子の住所が母と違う場合) 検査日 令和〇年〇月〇日 検査方法 自動聴性脳幹反応検査(自動ABR) 受診医療機関 医療機関名: 住所: 電話番号: ( )

新生児聴覚検査 table with columns: 助成金上限額(B), 検査費用(A), 申請額(C). Includes a red box for the application amount.