

(宛先) 前橋市長

助成金交付申請書兼実績報告書

太枠内のみを記載して、
窓口へお持ちください。

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及び前橋市1か月児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。

1 申請者の情報

申請者 (母)	ふりがな (まえばし はなこ) 前橋 花子	生年 月日 平成 ○年 ○月 ○日	住 所 〒 3/1 - 0014 前橋市 朝日町 〇-〇-〇	申請日 年 月 日
------------	----------------------------	-------------------------	--------------------------------------	--------------

2 前橋市妊婦健康診査事業実施要綱及び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 ○年 ○月 ○日
	住所： 東京都〇〇区〇〇	電話番号： XXX (XXX) XXXX

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	円
第16回	円	円	円
第17回	円	円	円
第18回	円	円	円
第19回	円	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

3 前橋市新生児聴覚検査費用助成事業実施要綱及び前橋市1か月児健康診査支援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)	ふりがな まえばし たろう 前橋 太郎	生年 月日 令和 ○年 ○月 ○日
住 所	(子の住所が母と違う場合のみ記入必須) 〒 -	

新生児聴覚検査			
受 診 医療機関	☒ 妊婦健診・産婦健診と同じ		
	☐ 妊婦健診・産婦健診と異なり、以下の通り。		
	医療機関名： 住所： 電話番号： ()		
児 (受診者) の人数	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
()児	円	円	円
新生児聴覚検査費用助成金 申請額合計			円

1か月児健康診査			
受 診 医療機関	☐ 妊婦健診・産婦健診と同じ		
	☒ 妊婦健診・産婦健診と異なり、以下の通り。		
	医療機関名： 住所： 電話番号： XXX (XXX) XXXX		
児 (受診者) の人数	助成金上限額(A) (一児につき6,000円)	健診費用(B)	申請額 (C) (A)又は(B)のいずれか少ない額
()児	円	円	円
1か月児健康診査費用助成金 申請額合計			円