様式第１号

（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。

記

１ 申請者の情報

申請日	年　月　日

申請者（母）	ふりがな（　　）	生年月日	年　月　日	住　所	〒　－　　電話番号：　（　） 前橋市

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： 住所： 電話番号：　（　）	出産日（予定日）	年　月　日

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	19,950　円	円	円
	第　２回	4,780　円	円	円
	第　３回	6,330　円	円	円
	第　４回	3,980　円	円	円
	第　５回	3,980　円	円	円
	第　６回	7,980　円	円	円
	第　７回	4,980　円	円	円
	第　８回	7,980　円	円	円
	第　９回	8,170　円	円	円
	第１０回	4,980　円	円	円
	第１１回	4,980　円	円	円
	第１２回	9,980　円	円	円
	第１３回	4,980　円	円	円
	第１４回	4,980　円	円	円
多胎妊婦	第１５回	5,000　円	円	円
多胎妊婦	第１６回	5,000　円	円	円
多胎妊婦	第１７回	5,000　円	円	円
多胎妊婦	第１８回	5,000　円	円	円
多胎妊婦	第１９回	5,000　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	5,000　円	円	円
１か月	5,000　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（　　）	生年月日	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：　（　）

児（受診者）の人数	助成金上限額(A)（一児につき4,000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**