

(宛先) 前橋市長

太枠内のみを記載して、

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 ○-○-○
				申請日	年 月 日
				電話番号	XXX (XXXX) XXX

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○○区○○	電話番号	XXX (XXX) XXXX

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) 〒 -		

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	円	円	円
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

金額の欄は、未記入をお願いします。

新生児聴覚検査			
受診医療機関	<input checked="" type="checkbox"/> 妊婦健診・産婦健診と同じ <input type="checkbox"/> 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

金額の欄は、未記入をお願いします。

1か月児健康診査			
受診医療機関	<input type="checkbox"/> 妊婦健診・産婦健診と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 妊婦健診・産婦健診と異なり、以下の通り。 医療機関名: □□□小児科 住所: 東京都○○区○○ 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

金額の欄は、未記入をお願いします。

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

金額の欄は、未記入をお願いします。