

(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)	ふりがな ()	生年月日	昭和 平成	年	月	日
住 所	前橋市 千 一					
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:	出産日 (予定日)	令和	年	月	日
住所:						
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	19,900 円	円	円
第 2 回	4,730 円	円	円
第 3 回	6,280 円	円	円
第 4 回	3,930 円	円	円
第 5 回	3,930 円	円	円
第 6 回	7,930 円	円	円
第 7 回	4,930 円	円	円
第 8 回	7,930 円	円	円
第 9 回	8,120 円	円	円
第 10 回	4,930 円	円	円
第 11 回	4,930 円	円	円
第 12 回	9,930 円	円	円
第 13 回	4,930 円	円	円
第 14 回	4,930 円	円	円
多胎妊婦 第 15 回	5,000 円	円	円
第 16 回	5,000 円	円	円
第 17 回	5,000 円	円	円
第 18 回	5,000 円	円	円
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(B)	健診費用(A)	申請額 (C) (A)又は(B)のいずれか少ない額
2 週間	4,900 円	円	円
1 か月	4,900 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)	ふりがな ()	生年月日 (年号)	年	月	日
住 所	(子の住所が母と違う場合) 千 一				
検査日	(年号) 年 月 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(B) (一児につき3,000円)	検査費用(A)	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