

野々市市妊産婦及び乳児健康診査等費用助成申請書

年 月 日

野々市市長 宛

申請者（口座名義人と同一）

（該当にチェックを入れてください）

〒

住所 野々市市

氏名

電話 ()

<input type="checkbox"/>	石川県外で受診した妊婦（超過分を除く） ・産婦・乳児健康診査費
<input type="checkbox"/>	出産予定日以後（15～17回目）の妊婦健康診査費
<input type="checkbox"/>	多胎の妊婦健康診査費

妊産婦及び乳児健康診査等費用の助成を受けたいので、野々市市妊産婦及び乳児健康診査等費用助成事業実施要綱第5条第1項の規定により、領収書を添えて申請します。

太枠内を記入してください。

受診者	(フリガナ) 妊産婦氏名	()	(フリガナ) 乳児氏名	()
	生年月日	年 月 日生	生年月日	年 月 日生

受診票の種類と受診日	種類	受診年月日	医療機関名称	種類	受診年月日	医療機関名称
妊婦2回目	年 月 日		産婦	年 月 日		
妊婦3回目	年 月 日		乳児1回目	年 月 日		
妊婦4回目	年 月 日		乳児2回目	年 月 日		
妊婦5回目	年 月 日					
妊婦6回目	年 月 日		出 産 予 定 日 以 後	妊婦15回目	年 月 日	
妊婦7回目	年 月 日			妊婦16回目	年 月 日	
妊婦8回目	年 月 日			妊婦17回目	年 月 日	
妊婦9回目	年 月 日					
妊婦10回目	年 月 日		多 胎	多胎妊婦1回目	年 月 日	
妊婦11回目	年 月 日			多胎妊婦2回目	年 月 日	
妊婦12回目	年 月 日			多胎妊婦3回目	年 月 日	
妊婦13回目	年 月 日			多胎妊婦4回目	年 月 日	
妊婦14回目	年 月 日			多胎妊婦5回目	年 月 日	

振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農業協同組合	本店 支店	普通	口座番号				
	口座名義人 (申請者と同一)	フリガナ							

私は、野々市市長が妊産婦及び乳児健康診査等費用助成申請に係る審査を行うに当たり、住民基本台帳を閲覧することに同意します。

世帯主氏名 _____

- 備考
- 石川県外で受けた健康診査及び検査の費用の助成を受けたい方は、母子健康手帳と妊産婦及び乳児一般健康診査受診票（母子保健のしおり）、受診日と健康診査及び新生児聴覚スクリーニング検査の費用のわかる領収書、診療明細書を添付して提出してください。
 - 出産予定日以後の健診及び多胎妊娠中の健診の助成を受けたい方は、母子健康手帳と、受診日と健康診査の費用のわかる領収書、診療明細書を添付して提出してください。
 - 健康診査または新生児聴覚スクリーニング検査を受けた日の翌月から起算して1年以内に申請してください。それ以降は無効です。