

輪島市長

住所 輪島市

申請者 氏名

電話 -

※ □に✓印を記入してください。

<input type="checkbox"/>	石川県外で受診した妊婦(超過分を除く)・産婦・乳児一般健康診査費・新生児聴覚スクリーニング検査費
<input type="checkbox"/>	妊婦一般健康診査費超過分(15回目から17回目まで) 出産予定日 年 月 日

※ 太枠内を記入してください。

受診者氏名 [妊産婦]		[乳児]			
(年 月 日生)		(年 月 日生)			
受診票種類	受診年月日	医療機関名	受診者負担額(A)	交付限度額(B)	交付申請額 (A)と(B)の小さいもの
妊婦 1 回目	年 月 日		円	円	円
妊婦 2 回目	年 月 日		円	円	円
妊婦 3 回目	年 月 日		円	円	円
妊婦 4 回目	年 月 日		円	円	円
妊婦 5 回目	年 月 日		円	円	円
妊婦 6 回目	年 月 日		円	円	円
妊婦 7 回目	年 月 日		円	円	円
妊婦 8 回目	年 月 日		円	円	円
妊婦 9 回目	年 月 日		円	円	円
妊婦 10 回目	年 月 日		円	円	円
妊婦 11 回目	年 月 日		円	円	円
妊婦 12 回目	年 月 日		円	円	円
妊婦 13 回目	年 月 日		円	円	円
妊婦 14 回目	年 月 日		円	円	円
妊婦 15 回目	年 月 日		円	円	円
妊婦 16 回目	年 月 日		円	円	円
妊婦 17 回目	年 月 日		円	円	円
産婦 2 週間	年 月 日		円	円	円
産婦 1 か月	年 月 日		円	円	円
乳児 1 回目	年 月 日		円	円	円
乳児 2 回目	年 月 日		円	円	円
新生児聴覚スクリーニング検査	年 月 日		円	円	円
交付申請額					円
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農業協同組合		本店	支店 支所
	口座番号	(普通・当座)	(フリガナ) 口座名義		

※ 申請者と振込先の名義が異なる場合に記入してください。

下記のとおり、<妊婦・産婦・乳児一般健康診査助成金>の受領に関する権限を委任します。	
委任者	氏名 _____ (申請者・請求者)
受任者	氏名 _____ (委任された人)