小牧市妊産婦・乳児健康診査費補助金交付申請書

年　　月　　日

（宛先）小牧市長

申請者　氏名

住所

電話

下記のとおり健康診査に要した費用に関する書類を添えて申請します。

受診者	妊産婦	氏　　名 生年月日　　年　　月　　日生		乳児	氏　　名 生年月日　年　月　　日生
医療機関名	（都道府県　　市町村 国名　　通貨）				
診査内容	区　分	受診 年月日	医療機関 支払額	補助限度額	申請額
	妊婦第１回		円	円	円
	妊婦第２回		円	円	円
	妊婦第３回		円	円	円
	妊婦第４回		円	円	円
	妊婦第５回		円	円	円
	妊婦第６回		円	円	円
	妊婦第７回		円	円	円
	妊婦第８回		円	円	円
	妊婦第９回		円	円	円
	妊婦第１０回		円	円	円
	妊婦第１１回		円	円	円
	妊婦第１２回		円	円	円
	妊婦第１３回		円	円	円
	妊婦第１４回		円	円	円
	妊婦子宮頸がん検診		円	円	円
	多胎妊婦第１５回		円	円	円
	多胎妊婦第１６回		円	円	円
	多胎妊婦第１７回		円	円	円
	多胎妊婦第１８回		円	円	円
	多胎妊婦第１９回		円	円	円
	産婦第１回		円	円	円
	産婦第２回		円	円	円
	新生児聴覚検査		円	円	円
	乳児第１回		円	円	円
	乳児第２回		円	円	円
申　請　額（レート：　　）					**円**

※ 妊産婦又は乳児の健康診査結果報告書及び健康診査の料金が記載された領収書又は文書を添付してください。

※ 受診をされたらすみやかに申請書を提出してください。（申請期限は最終受診日から５年です。）