

母子健康診査費助成金支給申請書

松前町長 様 年 月 日

申請者(健診受診者)  
〒791-31

住所 伊予郡松前町大字

ふりがな 氏名 印 ふりがな 児童氏名

生年 年月日 生年 年月日

電話 ( ) ー

下記のとおり医療機関等で受診しましたので、関係書類を添えて、妊婦一般健康診査費、産婦健康診査費及び新生児聴覚検査費の助成を申請します。

なお、本申請に係る審査のため、住民登録情報の閲覧について承諾します。

助成対象健診	健診受診日	助成申請額	
妊婦一般	受診票 A券 第1回	月 日	円
	受診票 A券 第2回	月 日	円
	受診票 A券 第3回	月 日	円
	受診票 A券 第4回	月 日	円
	受診票 A券 第5回	月 日	円
	受診票 B券 第1回	月 日	円
	受診票 B券 第2回	月 日	円
	受診票 B券 第3回	月 日	円
	受診票 B券 第4回	月 日	円
	受診票 B券 第5回	月 日	円
	受診票 B券 第6回	月 日	円
	受診票 B券 第7回	月 日	円
	受診票 B券 第8回	月 日	円
	受診票 B券 第9回	月 日	円
産婦	助成対象検査	健診受診日	助成申請額
	受診票 第1回	月 日	円
	受診票 第2回	月 日	円
新生児聴覚	助成対象健診	検査受診日	助成申請額
	初回検査	月 日	円
	確認検査	月 日	円

合 計 円

領収書	未使用の受診券	母子健康手帳のコピー

町担当者確認欄

--	--	--

注1 助成申請額は、実際に健診に要した費用の額とする。ただし、愛媛県内で受診した場合に要する費用の額を上限とする。  
2 助成申請額は、検査の公費負担限度費用の額とする。