

年 月 日

武蔵野市長 殿

受領印

武蔵野市妊婦健康診査・新生児聴覚検査受診費助成金交付申請書

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
 (妊婦) 氏 名 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

(妊婦健康診査受診費助成金・新生児聴覚検査受診費助成金)の交付を受けたいので、(武蔵野市妊婦健康診査受診費助成金交付要綱第4条・武蔵野市新生児聴覚検査受診費助成金交付要綱第4条)の規定により、次のとおり申請します。

なお、この申請の内容を確認するために、武蔵野市長が住民基本台帳の閲覧、受診機関への確認等を行うことに同意します。

妊婦の氏名	妊婦の生年月日			新生児名		
受診時の住所	武蔵野市			出産日	年 月 日	
	受診年月日	受診した場所の都道府県	医療機関名	負担額	審査金額	
受診時の詳細	1回目	年 月 日		円	円	
	2回目	年 月 日		円	円	
	3回目	年 月 日		円	円	
	4回目	年 月 日		円	円	
	5回目	年 月 日		円	円	
	6回目	年 月 日		円	円	
	7回目	年 月 日		円	円	
	8回目	年 月 日		円	円	
	9回目	年 月 日		円	円	
	10回目	年 月 日		円	円	
	11回目	年 月 日		円	円	
	12回目	年 月 日		円	円	
	13回目	年 月 日		円	円	
	14回目	年 月 日		円	円	
	超音波検査1回目	年 月 日		円	円	
	超音波検査2回目	年 月 日		円	円	
	超音波検査3回目	年 月 日		円	円	
	超音波検査4回目	年 月 日		円	円	
子宮頸がん健診	年 月 日		円	円		
新生児聴覚検査	年 月 日		円	円		
合計	回			円	円	

(妊婦健康診査受診費助成金・新生児聴覚検査受診費助成金)について、次の口座に振り込んでください。

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協	店名	本店 支店 出張所	口座番号(7桁)						
		店番		口座名義人(カタカナ)						

\*振込先の口座名義を申請者本人以外の方とする場合は、下記の委任状に記入と捺印が必要です。

委任状

私は、本件に係る助成金の受領を上記の口座名義人に委任します。

年 月 日 申請者 印