

第 1 号様式（第 4 条関係）

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		店名			本店 支店 出張所			口座番号（7桁）（右詰で記入）						
銀行・信用金庫 信用組合・農協														
口座種別								口座名義人（カタカナ）						
1 普通 ・ 2 当座		店番												

* 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