

下野市妊産婦及び 1 か月児健康診査助成金交付申請書

住所		電話番号		
妊産婦氏名		妊産婦生年月日	年 月 日	
乳児氏名		乳児生年月日	年 月 日	
受診医療機関		名 称		
		所在地		
妊婦健康診査	回数	健康診査受診日	回数	健康診査受診日
	第1回目	年 月 日	第11回目	年 月 日
	第2回目	年 月 日	第12回目	年 月 日
	第3回目	年 月 日	第13回目	年 月 日
	第4回目	年 月 日	第14回目	年 月 日
	第5回目	年 月 日	第15回目	年 月 日
	第6回目	年 月 日	第16回目	年 月 日
	第7回目	年 月 日	第17回目	年 月 日
	第8回目	年 月 日	第18回目	年 月 日
	第9回目	年 月 日	第19回目	年 月 日
	第10回目	年 月 日		
産婦健康診査 産後 2 週間		年 月 日	産後1か月	年 月 日
1 か月児健康診査		年 月 日		
交付申請額※		円（金額は記入しないでください）		

□私は、下記の者に助成金の受領に関する権限を委任します。

振込先	金融機関名		支店名	
	口座種別	普通	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義			

※ 交付申請額は、妊産婦健康診査・1 か月児健康診査委託料と同額を上限とする。

<添付書類：領収書・妊婦健康診査結果・産婦健康診査結果・1 か月児健康診査結果>

上記のとおり妊産婦及び 1 か月児健康診査を受けたので助成金を交付されたく申請します。

年 月 日

下野市長 様

住所

妊産婦氏名