

健康診査費用助成申請書

令和 年 月 日

高石市長 様

申請者	住所	高石市	丁目	番	号
氏名		印			
電話					

下記のとおり、必要書類を添えて申請します。なお、助成金は下記へ振り込んでください。

母	氏名				生年月日	昭和 平成	年	月	日	
	妊婦 健康診査	医療機関名								
		所在地								
		受診理由								
	産婦 健康診査① (産後2週間 前後)	医療機関名								
		所在地								
		受診日	年	月	日	受診理由				
	産婦 健康診査② (産後1か月 前後)	医療機関名								
		所在地								
		受診日	年	月	日	受診理由				
	子	氏名				生年月日	令和	年	月	日
		新生児 聴覚検査	医療機関名							
所在地										
受診日			年	月	日	受診理由				
乳児一般 健康診査		医療機関名								
		所在地								
		受診日	年	月	日	受診理由				
4か月児 健康診査		医療機関名								
		所在地								
		受診日	年	月	日	受診理由				

捨印
○

振込先	銀行		支店・支所・出張所	
預金種目	普通	口座番号	フリガナ	
	当座		口座名義	

〔添付書類〕

- 医療機関の領収書
- 未使用の健康診査受診券 (妊婦・産婦・聴覚・乳児一般)
- 通帳またはキャッシュカードのコピー
- 母子健康手帳健診欄コピー
- 委任状

受付印	
-----	--