

年 月 日

別府市長

あて

助成金の交付を受けたいので、別府市妊産婦乳児健康診査等助成金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。なお、私は、助成金の交付決定申請者と振込先口座名義人は同一者になるよう記載をお願いします。

1 申請者

フリガナ	ベップ ハナコ	受診者との続柄	
氏名	別府 花子	本人	印
生年月日	年 月 日		
電話番号			

2 受診者（※申請者が健診等の受診者以外の場合、記入してください）

新生児聴覚を受けた場合はお子さまの名前を記載をお願いします。

3 助成金

市が記載します。

区分	負担額
妊婦 1回目	
妊婦 2回目	
妊婦 3回目	
妊婦 4回目	
妊婦 5回目	
一般 6回目	
健康 7回目	
診査 8回目	
9回目	
10回目	
11回目	
12回目	
13回目	
14回目	

区分	負担額
血液等検査 (A)	
子宮頸がん検査 (B)	
レンサ球菌検査 (C)	
超音波検査	
新生児聴覚OAE検査	
新生児聴覚ABR検査	
産婦健康診査 1回目	
産婦健康診査 2回目	
乳児健診 (3～5か月)	
乳児健診 (6～8か月)	
乳児健診 (9～11か月)	
申請額合計	

※市記入欄

--

4 振込先（※申請者名義のものを記入してください）

金融機関名	〇〇 銀行 〇〇 本店
	農協 支店
	信金 出張所
	金融機関コード
	支店コード
預金種別	1 普通 2 当座預金 (いずれかに)
フリガナ	
口座名義人	別府 花子
口座番号	(右づめで記入)

申請者と同一者となるよう記載をお願いします。

※金融機関コードや支店コードなどは「ゆうちょ銀行」以外は全て記入をお願い致します