様式第１号（第５条関係）

別府市妊産婦乳児健康診査等助成金交付申請書兼請求書

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、助成金の交付決定に当たり、確認等が必要な場合には受診した医療機関等に別府市が問い合わせすることに同意します。

1　申請者

フリガナ		受診者との続柄	印
氏名			
生年月日	年　　月　　日		
住所			
電話番号	（　　）	母子健康手帳番号	

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）

フリガナ		生年月日
氏名		年　　月　　日
住所		

3　助成金

区分		負担額
妊婦一般健康診査	1回目	
	2回目	
	3回目	
	4回目	
	5回目	
	6回目	
	7回目	
	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	
1か月児健診	
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	銀行 農協 信金	本店 支店 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			
口座番号		（右づめで記入）	