

〇年〇月〇日

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ることに同意します。

1 申請者

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。

フリガナ	ベップ ハナコ			本人の続柄	
氏名	別府 花子			本人	印
生年月日	年	月	日		
住所	別府市〇〇〇				
電話番号	〇〇〇	(〇〇〇)	〇〇〇	母子健康手帳番号	〇〇

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	ベップ タロウ		生年月日	
氏名	別府 太郎		令和〇年〇月〇日	
住所	同上			

新生児聴覚・1か月児健診を受けた場合はお子さまの名前の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	区分	負担額
妊婦 一般 健康 診査	1回目	血液等検査 (A)	
	2回目	子宮頸がん検査 (B)	
	3回目	レンサ球菌検査 (C)	
	4回目	超音波検査	
	5回目	新生児聴覚OAE検査	
	6回目	新生児聴覚ABR検査	
	7回目	産婦健康診査 1回目	
	8回目	産婦健康診査 2回目	
	9回目	1か月児健診	
	10回目	乳児健診 (3～5か月)	
	11回目	乳児健診 (6～8か月)	
	12回目	乳児健診 (9～11か月)	
	13回目	申請額合計	
	14回目		

※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 農協 信金	〇〇	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	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