

年 月 日

清須市長 様

申請者 住 所
氏 名



清須市妊産婦及び乳幼児健康診査実施要綱第11条により、次のとおり自主健康診査費の交付を申請します。

対 象 者	氏 名			生年月日	年 月 日生(歳)		
	住 所	〒		番地			
		(マンション名)		電話()			
	健診機関名						
	健診機関住所						
	受診月日	<input type="checkbox"/> 妊婦 1回目	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> 妊婦11回目	年 月 日 円	
	支 払 金 額		<input type="checkbox"/> 妊婦 2回目	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> 妊婦12回目	年 月 日 円
			<input type="checkbox"/> 妊婦 3回目	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> 妊婦13回目	年 月 日 円
			<input type="checkbox"/> 妊婦 4回目	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> 妊婦14回目	年 月 日 円
			<input type="checkbox"/> 妊婦 5回目	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> 多胎 1回目	年 月 日 円
		<input type="checkbox"/> 妊婦 6回目	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> 多胎 2回目	年 月 日 円	
		<input type="checkbox"/> 妊婦 7回目	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> 多胎 3回目	年 月 日 円	
		<input type="checkbox"/> 妊婦 8回目	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> 多胎 4回目	年 月 日 円	
		<input type="checkbox"/> 妊婦 9回目	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> 多胎 5回目	年 月 日 円	
		<input type="checkbox"/> 妊婦10回目	年 月 日	円			
		<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診	年 月 日	円			
	<input type="checkbox"/> 産婦健康診査	年 月 日	円				
	<input type="checkbox"/> 乳児 1回目	年 月 日	円				
	<input type="checkbox"/> 乳児 2回目	年 月 日	円				
	<input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査	年 月 日	円				
	申 請 額	円					
振 込 先	金融機関名	銀 行 信用金庫 農 協			店	口 座 種 別	
						普 通 ・ 当 座	
	口 座 番 号	口 座 名 義 人		ふりがな			
		(申請者と同一)					

※ 添付書類 領収書及び妊婦、産婦若しくは乳児健康診査又は新生児聴覚検査受診票

交 付 申 請 額	この欄には、記入しないでください。					
	円					
	内訳	<input type="checkbox"/> 妊婦健康診査	回目	円 ×	回 =	円
		<input type="checkbox"/> 妊婦健康診査	回目	円 ×	回 =	円
		<input type="checkbox"/> 妊婦健康診査	回目	円 ×	回 =	円
		<input type="checkbox"/> 妊婦健康診査	回目	円 ×	回 =	円
		<input type="checkbox"/> 妊婦健康診査	回目	円 ×	回 =	円
		<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診		円 ×	回 =	円
		<input type="checkbox"/> 産婦健康診査		円 ×	回 =	円
		<input type="checkbox"/> 乳児健康診査	回目	円 ×	回 =	円
	<input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査		円 ×	回 =	円	