

自主健康診査費交付申請書兼請求書

年 月 日

清須市長 様

申請者 住 所
氏 名

（自署の場合、押印不要）

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	〒 電話()										
	健診機関名											
	健診機関住所											
	受診年月日	<input type="checkbox"/> 妊婦第1回	年	月	日	円	<input type="checkbox"/> 妊婦第11回	年	月	日	円	
	支 払 金 額		<input type="checkbox"/> 妊婦第2回	年	月	日	円	<input type="checkbox"/> 妊婦第12回	年	月	日	円
			<input type="checkbox"/> 妊婦第3回	年	月	日	円	<input type="checkbox"/> 妊婦第13回	年	月	日	円
			<input type="checkbox"/> 妊婦第4回	年	月	日	円	<input type="checkbox"/> 妊婦第14回	年	月	日	円
			<input type="checkbox"/> 妊婦第5回	年	月	日	円	<input type="checkbox"/> 多胎第1回	年	月	日	円
			<input type="checkbox"/> 妊婦第6回	年	月	日	円	<input type="checkbox"/> 多胎第2回	年	月	日	円
		<input type="checkbox"/> 妊婦第7回	年	月	日	円	<input type="checkbox"/> 多胎第3回	年	月	日	円	
		<input type="checkbox"/> 妊婦第8回	年	月	日	円	<input type="checkbox"/> 多胎第4回	年	月	日	円	
		<input type="checkbox"/> 妊婦第9回	年	月	日	円	<input type="checkbox"/> 多胎第5回	年	月	日	円	
		<input type="checkbox"/> 妊婦第10回	年	月	日	円						
		<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診	年	月	日	円						
	<input type="checkbox"/> 産婦第1回	年	月	日	円	<input type="checkbox"/> 産婦第2回	年	月	日	円		
	<input type="checkbox"/> 乳児第1回	年	月	日	円	<input type="checkbox"/> 乳児第2回	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		本店		口 座 種 別						
		信用金庫		支店		普通・当座						
	口 座 番 号	口 座 名 義 人		フリガナ								
		(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。				
	(妊産婦分)		円	(乳児分)	円
	<input type="checkbox"/> 妊婦健康診査	第 回	円×	回=	円
	<input type="checkbox"/> 妊婦健康診査	第 回	円×	回=	円
	<input type="checkbox"/> 妊婦健康診査	第 回	円×	回=	円
	<input type="checkbox"/> 妊婦健康診査	第 回	円×	回=	円
	<input type="checkbox"/> 妊婦健康診査	第 回	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	第 回	円×	回=	円
	<input type="checkbox"/> 乳児健康診査	第 回	円×	回=	円
<input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査		円×	回=	円	