

令和 年 月 日

狛江市長 宛て

《申請者記入欄》

郵便番号:

住所:

氏名:

電話番号:

狛江市妊婦健康診査兼狛江市新生児聴覚検査  
受診費助成金交付申請書

狛江市妊婦健康診査受診費助成金交付要綱第5条第1項又は狛江市新生児聴覚検査受診費助成金交付要綱第5条第1項の規定により、下記のとおり助成金の交付を申請します。

記

ふりがな		生年	年 月 日
受診者氏名		月日	
受診した 医療機関名		出産日 (又は転出日, 最終受診日)	年 月 日

申請する項目に○を付けてください。

1. 妊婦健康診査（子宮頸がん検診及び超音波検査を含む。）
2. 新生児聴覚検査

申請に必要な書類はありますか。□にチェックを入れてください。

- 受診した医療機関が発行した申請する受診日の領収書
- 母子健康手帳（申請の際、必要個所のコピーを取らせていただきます。）
- 未使用の受診票（紛失した際はその旨お伝えください。）

私は、市が助成金の交付の可否を決定する場合において必要がある場合には、私が妊婦健康診査又は新生児聴覚検査を受診した医療機関に対し、当該決定に関し必要となる事項について、市が照会をすることに同意します。

令和 年 月 日 申請者氏名 \_\_\_\_\_