



年 月 日

北上市長 様

申請者
住 所
氏 名
電 話

印

北上市妊産婦及び乳児健康診査費助成金交付申請書兼請求書

妊産婦及び乳児健康診査費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

受診した者	(フリガナ) 氏 名				
	生 年 月 日		年 月 日 生 年 月 日 生		
	保護者氏名		(乳児のみの場合に記入してください。)		
受診した医療機関	名 称				
	所 在 地		電 話		
受診した内容等	健康診査の内容		受診年月日	支払金額	公費負担額
	妊婦一般健康診査	子宮頸がん	年 月 日	円	円
		1回目	年 月 日	円	円
		2回目	年 月 日	円	円
		3回目	年 月 日	円	円
		4回目	年 月 日	円	円
		5回目	年 月 日	円	円
		6回目	年 月 日	円	円
		7回目	年 月 日	円	円
		8回目	年 月 日	円	円
		9回目	年 月 日	円	円
		10回目	年 月 日	円	円
		11回目	年 月 日	円	円
		12回目	年 月 日	円	円
		13回目	年 月 日	円	円
14回目	年 月 日	円	円		
合 計			(ア) 円	(イ) 円	
(ア) と (イ) のうち少ない方				① 円	
産後健康診査	1回目	年 月 日	円	円	
	2回目	年 月 日	円	円	
	合 計			(ウ) 円	(エ) 円
	(ウ) と (エ) のうち少ない方				② 円
新生児聴覚検査	年 月 日		(オ) 円	(カ) 円	
	(オ) と (カ) のうち少ない方				③ 円

受診した 内容等	健康診査の内容		受診年月日	支払金額	公費負担額
	乳 児 一 般 健 康 診 査	1回目	年 月 日	円	円
		2回目	年 月 日	円	円
		3回目	年 月 日	円	円
		合 計		(キ) 円	(ク)
(キ) と (ク) のうち少ない方				④ 円	
助 成 決 定 額 (①+②+③+④)					円

- 備考 1 太枠部分は記入しないでください。
2 北上市から交付された未使用の受診票、健康診査に係る領収書（検査項目の明細が分かるもの）及び母子健康手帳の写しを添付してください。

北上市妊産婦及び乳児健康診査費助成金交付先指定書

口座名義人 (申請者と 同じ)	(フリガナ)
振込先	金融機関名 支店名 口座番号

岩手銀行・ゆうちょ銀行・JA花巻の全店、他の金融機関の北上市内の本・支店の通帳をお持ちの方はできるだけそちらへの振り込みにご協力お願いします。お持ちでない場合はその限りではありません。