様式第２号（第10条関係）

能登町妊産婦・乳児健康診査費助成金支給申請書兼請求書

　　　年　　　月　　　日

（あて先）能登町長

　関係書類を添えて下記のとおり、妊産婦・乳幼児健康診査費の助成を申請（請求）します。なお、本申請の審査に必要な範囲で、住民基本台帳等の確認を行うことに同意します。

申請者

　　　　　　住所　能登町字

　　　　　　氏名

（口座名義人と同一）

　　　　　　電話　　　　　－　　　　　－

　太枠内を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受診者氏名（妊産婦）（ 　　　　　年　　月　　日生）（乳児）　（　　　　年　　　月　　　日生）　　　　 | 受診票種類 | 受診月日 | 医療機関名 |
| 妊婦　　回目妊婦　　回目 | 月　　　日月　　　日 |  |
| 妊婦　　回目 | 月　　　日 |  |
| 妊婦　　回目 | 月　　　日 |  |
| 妊婦　　回目 | 月　　　日 |  |
| 妊婦　　回目 | 月　　　日 |  |
| 妊婦　　回目産婦 | 月　　　日月　　　日 |  |
| 支給申請（請求）額 | 円 | 乳児１回目 | 月　　　日 |  |
| 乳児２回目 | 月　　　日 |  |
| 支給決定された助成金については、下記口座に振り込んでください。 |
| 金融機関名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　　　　　　　　　　本店　　　　　　　　　　　　　　　　信用金庫　　　　　　　　　　　　　　　支店　　　　　　　　　　　　　　　　農業協同組合　 |
| 種別 | 普通当座 | 口座番号 |  |
| （フリガナ）口座名義人 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 処理欄 | 申請受理年月日　　　　年　　月　　日決定年月日　　　　　　年　　月　　日**支給決定額　　　　　　　　　円** | 内訳 | 妊婦（1･2･3･4･5･6･7･8･9･10･11･12･13･14）妊婦超過回（15・16・17）　　　　　　　　　円産婦 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円乳児（１・２）　　　　　　　　　　　　　　 円 |

* 健診を受診した日から6箇月以内に申請してください。

〈添付書類〉

1　健康診査領収書を添付してください。

* 必要に応じて上記添付書類以外に書類の提出を求めることがあります。