

妊産婦・乳児健康診査補助金交付申請書

年 月 日

大府市長 殿

申請者 住 所  
氏 名 ㊟  
電話番号

大府市妊産婦・乳児健康診査実施要綱第11条の規定により、次のとおり大府市妊産婦・乳児健康診査補助金の交付を申請します。

		受 診 日	補 助 金 の 額 ※支払金額と補助上限額を比較して少ない額	補 助 金 上 限 額
妊婦健康診査	第1回	. .		20,890円
	第2回	. .		4,290円
	第3回	. .		4,290円
	第4回	. .		9,070円
	第5回	. .		4,290円
	第6回	. .		4,290円
	第7回	. .		4,290円
	第8回	. .		17,090円
	第9回	. .		4,290円
	第10回	. .		7,420円
	第11回	. .		4,290円
	第12回	. .		10,660円
	第13回	. .		4,290円
	第14回	. .		4,290円
子宮頸がん検診		. .		3,400円
産婦健康診査		. .		5,000円
乳児健康診査	第1回	. .		6,120円
	第2回	. .		6,120円
合 計				

妊産婦・乳児健康診査結果報告書 (結果が記入されたもの)	※ <input type="checkbox"/> 添付
---------------------------------	-------------------------------

私は、大府市妊産婦・乳児健康診査補助金交付申請に係る住民基本台帳の閲覧に関して同意します。

年 月 日 氏 名 ㊟