

妊産婦、乳児健康診査及び新生児聴覚検査費助成事業申請書兼請求書

福井市長 様

県外における妊産婦、乳児健康診査及び新生児聴覚検査費用等の支払いに関する要綱の規定により、明細書及び必要書類を添えて、次のとおり健診費用を請求します。

太枠の中をご記入ください。

申請者							生年月日	年 月 日				
	(※)											
住所							電話					
福井市												
対象者							生年月日	年 月 日				
母子健康手帳番号							手帳 交付日	年 月 日				
振込み先	銀行・農協 信用金庫 信用組合 ゆうちょ銀行					支店 出張所 支所	普通 ・ 当座	口座番号				
	口座名義人		フリガナ									
		氏名										
申請額												
_____円 申請日 令和 年 月 日												

- ※ 口座名義人は申請者と同一人としてください。
- ※ 対象者それぞれに請求書が必要です。
- ※ 対象者は、妊婦健診は妊婦の名前、産婦健診は産婦の名前、乳児健診は乳児の名前、聴覚検査は母親の名前をご記入ください。
- ※ 申請期限は、妊産婦、乳児健診及び新生児聴覚検査を最後に受診した日から1年以内です。

【注意事項】

この請求書には次の書類を添付して下さい。

- ①受診した医療機関又は助産所が発行した領収書
- ②母子健康手帳
- ③福井市の妊産婦・乳児一般健康診査受診票
- ④振込口座が確認できるもの（申請者名義の通帳）

*①・②・④は市で複写いたします。原本をご持参ください。

(受付印)
受付者名前： _____