実施要綱：様式１１　　年　月　日
県外要綱：様式１

小浜市妊産婦・乳児健康診査および新生児聴覚スクリーニング検査
費用助成金交付申請書・請求書

小浜市長　様

〒
請求者住所　小浜市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

妊産婦氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電 話 番 号　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

年度　小浜市妊産婦・乳児健康診査および新生児聴覚スクリーニング検査費用助成金の交付を受けたいので、小浜市妊産婦・乳児健康診査および新生児聴覚スクリーニング検査実施要綱第１０条第１項ならびに県外における妊産婦・乳児健康診査および新生児聴覚スクリーニング検査の費用の支払いに関する要綱第５条の規定により、下記のとおり、必要書類を添えて申請・請求いたします。

記

１．助成申請額および振込先

金　額	金＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円												
受診票	子宮頚がん	初期血液	HTLV-1	性器ｸﾗﾐｼﾞｱ	妊婦①	妊婦②	妊婦③	妊婦④	妊婦⑤	妊婦⑥	妊婦⑦	妊婦⑧	妊婦⑨
受診日	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／
金　額	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
受診票	妊婦⑩	妊婦⑪	妊婦⑫	妊婦⑬	妊婦⑭	多胎⑮	多胎⑯	多胎⑰	多胎⑱	多胎⑲	新生児聴覚検査	産婦健診	１か月児健診
受診日	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／
金　額	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円

振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協　　店									
	預金種別	普通・当座		(フリガナ) 口座名義人							
	口座	店番号			口座番号（右詰記入）						

※太枠内をご記入ください。

２．添付書類　・領収証　・母子健康手帳　・子宮頸がん検診や検査の結果が分かるもの