

年 月 日

（宛先）東温市長

下記のとおり、愛媛県外医療機関又は助産所で受診しましたので、関係書類を添えて助成金の交付（請求）を申請します。  
太枠の中を記入してください。

助成 対象者		妊産婦	児
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	年 月 日	年 月 日
	住所		

申請・ 請求者	フリガナ	生年月日	年 月 日
	氏名	対象者との続柄	
	住所(※1)	電話番号	

※1：助成対象者の住所と異なる場合のみ記入してください。

内容		受診日	助成申請額	内容		受診日	助成申請額
妊婦一般 健康診査 (A券)	1回目	月 日	円	妊婦一般 健康診査 (多胎分)	1回目	月 日	円
	2回目	月 日	円		2回目	月 日	円
	3回目	月 日	円		3回目	月 日	円
	4回目	月 日	円		4回目	月 日	円
	5回目	月 日	円		5回目	月 日	円
妊婦一般 健康診査 (B券)	1回目	月 日	円	産婦 健康診査	1回目	月 日	円
	2回目	月 日	円		2回目	月 日	円
	3回目	月 日	円	新生児 聴覚検査	1回目	月 日	円
	4回目	月 日	円		2回目	月 日	円
	5回目	月 日	円	拡大新生児スクリーニング検査	月 日	円	
	6回目	月 日	円	乳児一般 健康診査	1回目	月 日	円
	7回目	月 日	円		2回目	月 日	円
	8回目	月 日	円		3回目	月 日	円
	9回目	月 日	円				
合 計				円			

＜誓約・同意事項＞

私は、東温市母子健康診査等費用助成金の交付申請にあたり、次の事項に誓約及び同意の上申請します。

- 申請・請求内容等に誤りがあり、かつ、助成要件に該当しなかったときは、交付された東温市母子健康診査等費用助成金を速やかに返還します。
- この申請書を審査等するため東温市が申請者及び対象児に係る必要な住民票等の確認を行うこと並びに必要な資料を他の行政機関及び受診医療機関に求めることに同意します。
- 東温市において交付決定をした後は、この申請書を母子健康診査等費用助成金の請求書として取り扱うことに同意します。

申請金額	円						
金融機関名	銀行・信金・農協			支店名			
口座種別	普通・当座	口座番号					
フリガナ							
口座名義人(※2)							

※2 申請・請求者と口座名義人は一致させてください。

添付書類： 健診等の内容が分かる領収書  記入済の受診票  母子健康手帳の写し  振込先口座確認書類