

妊産婦・乳児健康診査費助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

日田市長 様

申請・請求者	住所	〒 (電話番号)
	ふりがな	
	氏名	

委託医療機関以外で健診等を受診しましたので、日田市妊産婦・乳児健康診査費助成事業実施要綱に基づき、要した費用の請求書と領収書を添付し申請及び請求します。

住所	日田市
ふりがな	
妊産婦 氏名	
生年月日	年 月 日 生
電話番号	
妊娠届出年月日	年 月 日
ふりがな	
児 氏名	
生年月日	年 月 日 生

【振込先口座】

金融機関名	銀行・農協 金庫・組合	支店名	支店・支所 出張所
貯金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
口座名義人			

【受診した健康診査の項目】

妊婦健康診査	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
	⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ① ② ③ 歯科健診
産婦健康診査	産後 2 週間 産後 1 か月
新生児聴覚スクリーニング検査	自動 ABR または OAE
乳児一般健康診査	1 か月 3～6 か月 9～11 か月
助成金の決定額 円	

(注意事項)

- 1 申請及び請求期限は健康診査を受けた日から 1 年以内です。
- 2 太枠内のみ記入してください。
- 3 受診した医療機関で、妊婦一般健康診査受診票、妊婦超音波検査受診票、妊婦歯科健康診査受診票、産婦健康診査受診票に結果を記入してもらい、この助成金交付申請及び請求書に領収書を添えて提出してください。
- 4 診査に要した費用は、日田市が医療機関と契約している額を限度に助成します。