

第1号様式(第5条関係)

志木市妊婦健康診査等補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

志木市長 様

申請者	住 所	
	氏 名	印
	電 話 番 号	— —

次のとおり妊婦健康診査、産婦健康診査及び新生児聴覚スクリーニング検査を受診したので、志木市妊婦健康診査等補助金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。
 なお、本申請に基づく補助金の交付決定に当たり、市が受診医療機関に受診状況等の確認を行うことに同意します。

フリガナ			
対象者氏名			
生 年 月 日	年	月	日
住 所 (受診日における住民登録地)	志木市		
出産年月日	年	月	日
受診医療機関			
受診医療機関住所			
受診項目・受診年月日(※記入不要)			
助成券	受診日	助成券	受診日
1回目	/	14回目	/
2回目	/	15回目(多胎妊婦のみ)	/
3回目	/	16回目(多胎妊婦のみ)	/
4回目	/	17回目(多胎妊婦のみ)	/
5回目	/	18回目(多胎妊婦のみ)	/
6回目	/	19回目(多胎妊婦のみ)	/
7回目	/	HIV抗体検査	/
8回目	/	子宮頸がん検診(細胞診)	/
9回目	/	HTLV-1	/
10回目	/	性器クラミジア検査	/
11回目	/	産婦一般健康診査	/
12回目	/	新生児聴覚スクリーニング検査	/
13回目	/		

申請金額 _____ 円

振込先

金融機関名	銀 信 行 信 用 金 庫 農 協	本店・支店
口座番号(7桁)	普通預金	
フリガナ		
口座名義人		

【市役所使用欄】

- 本人確認
- 住登確認
- 添付書類
- 医療機関
- 期間確認
- 支給決定額 _____ 円
- 免許証
- 保険証
- マイナンバーカード
- その他()
- 住登あり
- 住登なし
- 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (転 入 ・ 転 出)
- 不足書類なし
- 不足書類あり ()
- 契約医療機関以外
- 契約医療機関 → 申請不可
- 一年以上
- 一年以上 → 申請不可