

様式第3号（第8条関係）

妊産婦・乳児健康診査費等助成金支給申請書

年 月 日

（宛先） 幸田町長

申請者 住所 幸田町大字

ふりがな

氏名

電話 ( ) -

妊産婦・乳児健康診査等を受けたことについて、幸田町妊産婦・乳児健康診査費等助成金の支給を下記のとおり申請します。なお、支給に係る事務を行うに当たり、幸田町長が住民基本台帳等を閲覧することに同意します。

記

1 妊産婦・乳児健康診査等の実績等

受診票の種類	受診票番号	実施費用	助成額
1 妊婦（第1回）	666	※	※
2 妊婦（第2回）		※	※
3 妊婦（第3回）		※	※
4 妊婦（第4回）		※	※
5 妊婦（第5回）		※	※
6 妊婦（第6回）		※	※
7 妊婦（第7回）		※	※
8 妊婦（第8回）		※	※
9 妊婦（第9回）		※	※
10 妊婦（第10回）		※	※
11 妊婦（第11回）		※	※
12 妊婦（第12回）		※	※
13 妊婦（第13回）		※	※
14 妊婦（第14回）		※	※
15 妊婦（子宮がん）		※	※
16 乳児（第1回）	766	※	※
17 乳児（第2回）	766	※	※
18 産婦（第1回）	666	※	※
19 産婦（第2回）		※	※
20 新生児聴覚検査	766	※	※
合計		※	※

※ は町が記入

2 添付書類