

妊産婦等健康診査費助成金支給申請書

令和 年 月 日

（あて先）金沢市長

申請者（口座名義人と同一）

住所

氏名

電話

妊産婦等健康診査費助成金の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

対象者	妊産婦	(ふりがな) 氏名	(年 月 日生)		
		住所		申請者との続柄	
	乳児	(ふりがな) 氏名	(令和 年 月 日生)		
		住所		申請者との続柄	
申請する健診	妊婦健診		産婦健診		乳児健診
振込先	金融機関名			支店名	
	預金種別			口座番号	
	口座名義人(カタカナ)				

備考 1 領収書・明細書・健康診査受診票・母子手帳の写し・振込先が分かるものを添付してください。

2 処理欄は、記入しないでください。

(処理欄)

		申請額		円			
妊婦	①	年 月 日	円 (上限26,880円)	妊婦	⑬	年 月 日	円 (上限5,780円)
	②	年 月 日	円 (上限6,380円)		⑭	年 月 日	円 (上限5,780円)
	③	年 月 日	円 (上限5,780円)		⑮	年 月 日	円 (上限5,780円)
	④	年 月 日	円 (上限10,560円)				
	⑤	年 月 日	円 (上限5,780円)	産婦	年 月 日	円 (上限6,050円)	
	⑥	年 月 日	円 (上限5,780円)	乳児	年 月 日	円 (上限6,130円)	
	⑦	年 月 日	円 (上限5,780円)				
	⑧	年 月 日	円 (上限13,970円)	多胎妊婦	①	年 月 日	円 (上限10,560円)
	⑨	年 月 日	円 (上限5,780円)		②	年 月 日	円 (上限10,560円)
	⑩	年 月 日	円 (上限5,780円)		③	年 月 日	円 (上限10,560円)
	⑪	年 月 日	円 (上限14,360円)		④	年 月 日	円 (上限10,560円)
	⑫	年 月 日	円 (上限7,640円)		⑤	年 月 日	円 (上限10,560円)

* 令和7年3月まで受診分の上限：①26,280円、②6,360円、③5,760円、④10,540円、⑤～⑦5,760円、⑧13,920円、⑨～⑩5,760円、⑪14,240円、⑫7,590円、⑬～⑮5,760円、産婦6,050円、乳児6,020円、多胎10,540円