

## 別記様式（第9条関係）

## 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		
振込先	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、⑬～⑯5,760円、  
 妊婦6,050円、乳児6,020円、多胎10,540円