

妊産婦等健康診査費助成金支給申請書

令和 〇 年 〇 月 〇 日

（あて先）金沢市長

申請者（口座名義人と同一）

住所 金沢市広坂〇番〇号

氏名 金沢 花子

電話 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

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。

記入しないでください

対象者	妊産婦	(ふりがな) 氏名	かなざわ はなこ 金沢 花子 (平成 〇年 〇月 〇日生)				
		住所	同 上	申請者との続柄	本人		
	乳児	(ふりがな) 氏名	かなざわ たろう 金沢 太郎 (令和 〇年 〇月 〇日生)				
		住所	同 上	申請者との続柄	子		
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	〇〇銀行		支店名	〇〇支店	
		預金種別	普通		口座番号	〇〇〇〇〇〇	
		口座名義人(カタカナ)		カナザワ ハナコ			

- 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）

以下は記入しないでください											
妊婦	①	年	月	日	円 (上限20,000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