

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。

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
	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	④ 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、⑨～⑪5,760円、⑫14,240円、⑬7,590円、⑭～⑯5,760円、

産婦6,050円、乳児6,020円、多胎10,540円

記入しないでください