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 | 金 | | | | | 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　領収書及び健康診査受診票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26,280円） | 妊婦 | ⑬　年　月　日　　　円（上限5,760円） |
| ②　年　月　日　　　　円（上限6,360円） | ⑭　年　月　日　　　円（上限5,760円） |
| ③　年　月　日　　　　円（上限5,760円） | ⑮　年　月　日　　　円（上限5,760円） |
| ④　年　月　日　　　　円（上限10,540円） |  | |
| ⑤　年　月　日　　　　円（上限5,760円） | 産婦 | 年　月　日　　　円（上限6,050円） |
| ⑥　年　月　日　　　　円（上限5,760円） | 乳児 | 年　月　日　　　円（上限6,020円） |
| ⑦　年　月　日　　　　円（上限5,760円） |  | |
| ⑧　年　月　日　　　　円（上限13,920円） | 多胎妊婦 | 1. 年　月　日　　　円（上限10,540円） |
| ⑨　年　月　日　　　　円（上限5,760円） | ②　年　月　日　　　円（上限10,540円） |
| ⑩　年　月　日　　　 円（上限5,760円） | ③　年　月　日　　　円（上限10,540円） |
| ⑪　年　月　日　　　 円（上限14,240円） | ④　年　月　日　　　円（上限10,540円） |
| ⑫　年　月　日　　 　円（上限7,590円） | ⑤　年　月　日　　　円（上限10,540円） |

* 令和5年3月まで受診分は、①[上限26,420円]、⑧[上限13,900円]、⑪[上限14,140円]、⑫[上限7,570円]、乳児[上限5,950円]