

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 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

訂正がある場合は押印してください。

印

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 (昭和・平成 〇〇年〇月〇日生)		
		住所	金沢市広坂〇番〇号	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・当座		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			

記入しないでください

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。

以下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]、⑩[上限14,140円]、⑫[上限7,570円]、乳児[上限5,950円]