

半田市長 殿

郵便番号（475-8666）

申請者 住所 半田市東洋町2-1

電話番号 0569-00-0000

氏名 半田 花子

半田市妊産婦・乳児健康診査費助成金交付要綱に基づき、下記のとおり助成金の交付をされるよう申請します。

助成区分		受診日	申請額 ※支払い金額と助成限度額を比較して少ない額
妊婦健康診査	第1回	. .	空欄で
	第2回	. .	
	第3回	. .	
	第4回	. .	
	第5回	. .	
	第6回	. .	
	第7回	6. 7. 12	
	第8回	6. 8. 16	
	第9回	6. 10. 8	
	第10回	. .	
	第11回	. .	
	第12回	. .	
	第13回	. .	
	第14回	. .	
	子宮頸がん検診	. .	
多胎妊婦 健康診査 ※該当者のみ	第1回	. .	
	第2回	. .	
	第3回	. .	
	第4回	. .	
	第5回	. .	
産婦健康診査		. .	
新生児聴覚検査		. .	
乳児健康診査	第1回	. .	
	第2回	. .	
合計			
添付書類		1. 妊産婦・乳児健康診査結果報告書 （受診結果と医療機関等の名称及び押印のあるもの） 2. 医療機関等の発行する領収書（原本）及び診療明細書 （金額の内訳がわかるもの）	
備考		1. 各回における妊産婦・乳児健康診査以外の検査費用については助成対象外（自己負担）となります。 2. 助成限度額は、受診券に記載の額となります。	