様式第10号（第30条関係）

堺市産婦・乳児一般健康診査等費用助成申請書

記入例

〇〇年 **12**月 **22**日

産婦・乳児一般健康診査等費用の助成を受けたいので、堺市産婦・乳児一般健康診査等の実施等に関する要綱第30条第1項の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

堺市において助成の決定に必要があると認めるときは、[illegible]査(検査)内容及び費用について、受診した（受検した）医療機関又は助産所に問合せ[illegible]することを了承します。

また、交付の決定があったときは、決定金額について請[illegible]。

太枠内をご記入ください。

受診（検）後に姓の変更があった場合又は振込先の口座名義が旧姓の場合は、記入してください。

昼間に連絡がとれる電話番号をご記入ください。

申請者（産婦健診受診者） ※乳児健診又は新生児聴覚検査のみ申請の場合は、保護者	フリガナ	サカイ　ハナコ		生年月日
	氏名	**堺　花子**（旧姓　　）		〇〇年 **4**月 **1**日
	郵便番号	**590－0078**	電話番号	**072－000－0000**
	現住所	**堺市堺区南瓦町町３－[illegible]**	受診(検)児との続柄（※産婦健診のみ申請の場合は、記入不要）	**母**
乳児健診・新生児聴覚検査受診(検)児 ※産婦健診のみ申請の場合は、記入不要	フリガナ	サカイ　イチロウ		生年月日
	氏名	**堺　一郎**		〇〇年 **11**月 **10**日
	現住所	**同　上**		

相当する健診等		受診等年月日	受診等医療機関	堺市記入欄 領収確認金額	堺市記入欄 決定金額
産婦2週		〇〇年**11**月**24**日	**〇〇クリニック**		円
産婦1か月		〇〇年**12**月**13**日	**〇〇クリニック**		円
乳児前期（1か月児）		〇〇年**12**月**13**日	**〇〇クリニック**		円
乳児後期		年　月　日			円
新生児聴覚	初回	〇〇年**11**月**13**日	**〇〇クリニック**		円
	再検	年　月　日			円
			合計額	円	円

市記入欄になりますので、記入しないでください。

訂正する場合は、訂正箇所に二重線を引き、その上（又は周辺）に正しい文言を記入し、訂正箇所のそばにフルネームで署名又は押印してくだ

振込先（申請者）	金融機関名	〇〇〇 銀行・金庫・農協	〇〇〇 本店・支店・出張所	
	預金種別	普通・当座	フリガナ	サカイ　ハナコ
			口座名義人	**堺　花子**
	口座番号	**9 9 9 9 9 9 9**	（右詰で記入してください。）	

申請者と同一人