

- 徳島市妊婦一般健康診査費助成申請書
- 徳島市産婦健康診査費助成申請書
- 徳島市新生児聴覚検査費助成申請書

令和 年 月 日

徳島市長 殿

申請者 ※太線内のみご記入下さい。

住所	〒				
	電話番号				
フリガナ 申請者氏名	昭和 年 月 日 生年月日 平成				
フリガナ 新生児氏名	令和 年 月 日 生年月日				

下記のとおり県外医療機関で受診しましたので、関係書類を添えて、徳島市妊婦一般健康診査費等の助成申請をします。本申請に係る審査のため、住民登録情報の閲覧について承諾します。なお、申請者と口座名義人が異なる場合は、助成金の受領を口座名義人に委任します。

受診医療機関	名称		電話番号	
	所在地			

振込先金融機関名	口座名義人	種別	口座番号
銀行 金庫 農協	本店 支店/支所 出張所	普通 当座	

助成申請額は、実際に健診に要した費用の額とし、徳島県内で受診した場合に要する費用の額を上限とします。

妊婦健康診査

区分	健診受診日	助成申請額	区分	健診受診日	助成申請額
1	月 日	円	9	月 日	円
2	月 日	円	10	月 日	円
3	月 日	円	11	月 日	円
4	月 日	円	12	月 日	円
5	月 日	円	13	月 日	円
6	月 日	円	14	月 日	円
7	月 日	円	多胎超音波	月 日	円
8	月 日	円	多胎超音波	月 日	円
合計					円

産婦健康診査

健診受診日	助成申請額	合計
月 日	円	円
月 日	円	

新生児聴覚検査

区分	検査日	助成申請額
AABR / OAE	月 日	円