

野田市妊婦一般健康診査及び乳児一般健康診査等費用助成金支給申請書兼請求書

捨 印

(宛先)野田市長

申請日

年

月

日

下記健診等費用の一部助成を受けたいので、次のとおり申請及び請求します。

申請者氏名	〒		☎ 電話番号	()	
住所	〒				
受診診査等 ○を付ける	1. 妊婦健康診査	2. 乳児健康診査	3. 新生児聴覚スクリーニング検査		
請求額	円	円	円		
ふりがな			生年月日	年	月 日
受診者氏名			生年月日	年	月 日
受診時住所	申請者と同じ (転出している場合には下記へ受診時に住民登録をしていた住所を記入)				
	野田市				
受診年月日	年	月	日		
受診医療 機関	名称				
	住所				
	電話番号	()			

【振込先口座】

金融機関名	銀行・金庫		支店名	支店		預金種別 (該当するものに○を付ける)								
	組合・農協			出張所		普通		当座						
金融機関 コード			支店 番号			口座 番号								
フリガナ														
口座名義人														

申請者と口座名義人が異なる場合は、下記にも記入してください。

私は、受任者(口座名義人)に対して野田市妊婦一般健康診査及び乳児一般健康診査等費用助成金の受取を依頼します。

委任者(申請者)氏名 _____ ☎ _____

<保健センター記入欄>

① 申請者本人確認書類	1点 マイナンバーカード・運転免許証・運転経歴証明書・在留カード その他(官公庁が発行した写真付き身分証明書) 2点 個人番号通知カード・健康保険証・年金手帳・その他 ()
② 医療機関の領収書及び診療明細書 ※写し可。	
③ 母子健康手帳の写し(乳児一般健康診査及び新生児聴覚検査の場合は健診ページ)	
④ (口座名義や領収書の宛名が旧姓の場合) 運転免許証の裏書等、新姓と旧姓が確認できるものの写し(該当者のみ)	