

様式第1 (第5条関係)

年 月 日

(宛先) 北名古屋市長

申請者

住 所 北名古屋市

氏 名

電話番号

妊産婦・乳児健康診査費助成申請書

次の妊産婦・乳児健康診査を受けましたので、北名古屋市妊産婦・乳児健康診査費助成事業実施要綱の規定により、助成金を交付されたく、関係書類を添えて申請します。

種 別	実施費用額	助 成 額
妊婦健康診査 (第 1 回)	円	※ 円
妊婦健康診査 (第 2 回)	円	※ 円
妊婦健康診査 (第 3 回)	円	※ 円
妊婦健康診査 (第 4 回)	円	※ 円
妊婦健康診査 (第 5 回)	円	※ 円
妊婦健康診査 (第 6 回)	円	※ 円
妊婦健康診査 (第 7 回)	円	※ 円
妊婦健康診査 (第 8 回)	円	※ 円
妊婦健康診査 (第 9 回)	円	※ 円
妊婦健康診査 (第 10 回)	円	※ 円
妊婦健康診査 (第 11 回)	円	※ 円
妊婦健康診査 (第 12 回)	円	※ 円
妊婦健康診査 (第 13 回)	円	※ 円
妊婦健康診査 (第 14 回)	円	※ 円
多胎妊婦健康診査 ( 1 回)	円	※ 円
多胎妊婦健康診査 ( 2 回)	円	※ 円
多胎妊婦健康診査 ( 3 回)	円	※ 円
多胎妊婦健康診査 ( 4 回)	円	※ 円
多胎妊婦健康診査 ( 5 回)	円	※ 円
子宮頸がん検診	円	※ 円
産婦健康診査	円	※ 円
新生児聴覚検査	円	※ 円
乳児健康診査	円	※ 円
合 計	円	※ 円

※印は市記入欄

助成金の振込先

金融機関名	店 名	種目	口座番号	フリガナ
				口座名義人
銀行 金庫 農協	店	普通 当座		

# 記入例

様式第1 (第5条関係)

令和 年 月 日

(宛先) 北名古屋市長

申請時に窓口で記入しますので、  
空欄のままにしておいてください

申請者

住 所 北名古屋市 九之坪笹塚1番地

氏 名 北名古屋 花子

電話番号 23-4000

妊産婦・乳児健康診査費助成申請書

次の妊産婦・乳児健康診査を受けましたので、北名古屋市妊産婦・乳児健康診査費助成事業実施要綱の規定により、助成金を交付されたく、関係書類を添えて申請します。

種 別	実施費用額	助 成 額
妊婦健康診査 (第 10 回)	円 ※	円
妊婦健康診査 (第 11 回)	円 ※	円
産婦健康診査	円 ※	円
乳児健康診査	円 ※	円
合 計	円 ※	円

※印は市記入欄

申請時に窓口で記入しますので、  
空欄のままをお願いします

助成金の振込先

金融機関名	店 名	種目	口座番号	フリガナ
				口座名義人
銀行	店	普通 当座		
金庫				
農協				

ゆうちょ銀行の場合、店名は  
漢数字で記入してください

申請者の口座を記入してください。  
※申請者と口座名義人の名前を  
一致させてください