

豊中市妊産婦・乳幼児健康診査等助成金交付申込書

豊中市長 宛

豊中市妊産婦・乳幼児健康診査等助成金交付要綱に基づき、助成金の交付を申し込みます。また、助成金を交付決定するにあたり、必要があるときは、住民基本台帳の閲覧や、健康診査等受診期間への支払い内容確認等を行うことを了承します。

■ 申込者
ふりがな: とよなか みどり
申込者氏名: 豊中 みどり
住所: 〒 560-0023 豊中市 岡上の町2-1-15
電話番号: 06-6858-2800
申込日: 令和 6 年 8 月 1 日

※新生児聴覚検査・乳幼児健康診査のみ申し込み場合は記入不要

ふりがな: 同 上
妊産婦の氏名: 同 上
妊産婦の生年月日: 平成 7 年 10 月 15 日

※妊産婦健康診査のみ申し込み場合は記入不要

ふりがな: とよなか ひかり
乳幼児の氏名: 豊中 ひかり
乳幼児の生年月日: 令和 6 年 6 月 1 日

■ 振込先情報 ※振込先の口座名義が申込者と異なる場合は、別紙委任状を提出してください。

金融機関名: ●●●●銀行
銀行コード: 1234
支店名: ▲▲▲
支店コード: 999
口座名義(カタカナ): トヨナカ ミドリ
普通口座: [x]
当座口座: []
口座番号: 1234567

< 市事務処理欄 >

Table with 5 columns: 受診券, 公費負担上限額, 受診日, 支払い金額, 承認金額. Rows include 妊1 through 産2 and a total row.

Table with 5 columns: 受診項目, 公費負担上限額, 受診日, 支払い金額, 承認金額(市使用欄). Rows include 新生児聴覚 (AABR, OAE), 乳児一般(1か月児)健診, 乳児後期健診, and a total row.