

妊産婦及び乳児一般健康診査費用助成申請書

年 月 日

糸魚川市長 様

住 所
申請者
氏 名
電話番号

下記のとおり金_____円の健康診査の費用の助成を申請します。

振込指定機関	銀行名	支店
	口座番号	普・当
	口座名義	

初回健康診査	25,430円	円
20週頃健康診査	9,840円	円
28週頃健康診査	17,050円	円
34週頃健康診査	8,760円	円
36週頃健康診査	11,670円	円
上記以外健康診査	5,060円	× 回 円
産婦健康診査	3,500円	円
乳児1か月健康診査	6,280円	円
乳児6か月健康診査	6,280円	円

※暴力団でないことの誓約

私又は私が代表を務める団体等の役員は、糸魚川市補助金等交付規則第4条第3項に規定する暴力団等ではありません。