

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	26,190 円	円
20週頃健康診査	9,860 円	円
28週頃健康診査	17,050 円	円
34週頃健康診査	8,880 円	円
36週頃健康診査	11,720 円	円
上記以外健康診査	5,080 円	× 回 円
産婦健康診査	5,000 円	円
乳児1か月健康診査	6,390 円	円
乳児6か月健康診査	6,390 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。