

様式第1号（第5条関係）

安曇野市妊産婦健康診査等契約外医療機関受診費助成金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

(宛先) 安曇野市長

申請者 住所

氏名 ⑩

電話 ()

次のとおり、安曇野市妊産婦健康診査等契約外医療機関受診費助成金の交付を受けたいので申請及び報告します。

妊産婦氏名		生年月日	昭和 平成	年 月 日生
新生児等氏名		生年月日	令和	年 月 日生
新生児等の住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
受診をした医療機関名及び所在地	名称 所在地			
受診内容	1 妊婦一般健康診査 基本健診 (回) 2 妊婦一般健康診査 追加検査① 3 妊婦一般健康診査 追加検査② (回) 4 妊婦一般健康診査 追加検査③ 5 妊婦一般健康診査 追加検査④ 6 妊婦一般健康診査 超音波検査 (回) 7 産婦健康診査 (回) 8 新生児聴覚検査 9 1か月児健康診査			
交付を受けたい助成金の額	妊婦一般健康診査	円	新生児聴覚検査	円
	産婦健康診査	円	1か月児健康診査	円

交付を取り消され、又は交付する額を超える補助金等が交付されたため、補助金等の返還を求められたときは、納期日までに納付します。

なお、納期日までに納付しなかったときは、納期日の翌日から納付の日までの日数に応じ、その未納額（その一部を納付した場合におけるその後の期間については、既に納付した額を控除した額）につき年10.95パーセントの割合で計算した遅延損害金を併せて市に納付します。