

里帰り等による妊婦健康診査助成金交付申請書

記入例

▲年 ○月 ■日

(あ) 申請者名は、妊婦健診を受診した方の名前を記入してください。

助成金の交付について

認印(シャチハタ印以外)を押印してください。

※太線の枠内を記入してください。

ふりがな	けんこう いくこ		昭和	58年 8月 8日	
申請者氏名	健康 育子	生年月日	平成		
住所	伊東市 大原2-1-1		日中、ご連絡がとれる電話番号を記入してください。		
電話	(090) 1111-1111				
出産年月日	▲年 ○月 □日 (予定日)		▲年 ○月 ■日		
妊婦健診	受診日	申請額	助成限度額	市処理欄	
				受診票	決定額
妊婦健診(1回目)	年 月 日	円	20,410円	回収	円
妊婦健診(2回目)	年 月 日	円	4,010円	回収	円
妊婦健診(3回目)	年 月 日	円	4,010円	回収	円
妊婦健診(4回目)	年 月 日	円	4,010円	回収	円
妊婦健診(5回目)	年 月 日	円	4,010円	回収	円
妊婦健診(6回目)	年 月 日	円	4,010円	回収	円
妊婦健診(7回目)	年 月 日	円	4,010円	回収	円
妊婦健診(8回目)	年 月 日	円	4,010円	回収	円
妊婦健診(9回目)	年 月 日	円	4,010円	回収	円
妊婦健診(10回目)	年 月 日	円	4,010円	回収	円
妊婦健診(11回目)	年 月 日	円	4,010円	回収	円
妊婦健診(12回目)	年 月 日	円	4,010円	回収	円
妊婦健診(13回目)	年 月 日	円	4,010円	回収	円
妊婦健診(14回目)	▲年 ◎月 △日	4,010円	4,010円	回収	円
妊婦超音波(1回目)	年 月 日	円	5,300円	回収	円
妊婦超音波(2回目)	年 月 日	円	5,300円	回収	円
妊婦超音波(3回目)	年 月 日	円	5,300円	回収	円
妊婦超音波(4回目)	年 月 日	円	5,300円	回収	円
妊婦血液検査	年 月 日	円	3,360円	回収	円
妊婦血算検査	年 月 日	円	1,810円	回収	円
GBS検査	年 月 日	円	1,700円	回収	円
申請額合計			円		
審査に必要な公簿の閲覧に同意 <input checked="" type="radio"/> します <input type="radio"/> しません (いずれかに○をしてください)					
(同意がない場合は、住民票の添付が必要になります。)					

申請額は「支払金額」と「助成限度額」のいずれか低い金額をご記入ください。

捺印を押印してください。

市処理欄 住民登録日 年 年 月 日 母子手帳交付日 年 年 月 日 転出年月日 年 年 月 日 交付決定額 円