

第8号様式（第9条関係）

蕪崎市妊婦一般健康診査事業助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）蕪崎市長

申請者 住所

氏名

電話番号

母子健康手帳 No. _____

蕪崎市妊婦一般健康診査事業実施要綱第9条の規定により次のとおり申請します。

受診日	受診の回数	支払金額	助成金額
年 月 日	基本 ・ 追加 回目	円	円
年 月 日	基本 ・ 追加 回目	円	円
年 月 日	基本 ・ 追加 回目	円	円
年 月 日	基本 ・ 追加 回目	円	円
年 月 日	基本 ・ 追加 回目	円	円
年 月 日	基本 ・ 追加 回目	円	円
年 月 日	基本 ・ 追加 回目	円	円
年 月 日	基本 ・ 追加 回目	円	円
年 月 日	基本 ・ 追加 回目	円	円
年 月 日	基本 ・ 追加 回目	円	円
助成合計金額		円	

※ 太枠に記入してください。

※ 助成金額は、妊婦健診1回につき、次の各号に掲げる受診票の区分ごとにそれぞれ当該各号に定める額を上限とし、上限額に満たない場合は実際に支払った金額となります。

- (1) 妊婦一般健康診査受診票（基本健診）（第1号様式） 6,000円
- (2) 妊婦一般健康診査受診票（追加検査①）（第2号様式） 8,000円
- (3) 妊婦一般健康診査受診票（追加検査②）（第3号様式） 1,000円
- (4) 妊婦一般健康診査受診票（追加検査③）（第4号様式） 1,000円
- (5) 妊婦一般健康診査受診票（追加検査④）（第5号様式） 1,000円
- (6) 妊婦一般健康診査受診票（追加検査⑤）（第6号様式） 1,750円
- (7) 妊婦一般健康診査受診票（追加検査⑥）（第7号様式） 1,000円

*裏面も記入をしてください。

払込指定口座

金融機関名	
本・支店名	本・支店
口座種類	普通 当座
口座番号	
フリガナ	
口座名義人	

※ 太枠に記入してください。

- 添付書類
- 1 医療機関が発行する妊婦健診の領収書の写し
 - 2 妊婦健診の記録が記載されている母子健康手帳又はこれを証することのできる書類
 - 3 使用していない受診票

(注) この申請書は、出産後180日以内に提出してください。