

大鰐町妊婦健康診査費助成金交付申請書

年 月 日

大鰐町長 殿

大鰐町妊婦健康診査実施要綱第8条第1項の規定により、妊婦健康診査費の助成金の交付を申請します。

申請者（妊婦健康診査受診者）

氏名	印		生年月日	昭和・平成 年 月 日	
住所	大鰐町大字		電話番号		
添付受診票	受診年月日	支払額	添付受診票	受診年月日	支払額
妊婦健康診査①	年 月 日	円	妊婦健康診査⑫	年 月 日	円
妊婦健康診査②	年 月 日	円	妊婦健康診査⑬	年 月 日	円
妊婦健康診査③	年 月 日	円	妊婦健康診査⑭	年 月 日	円
妊婦健康診査④	年 月 日	円	超音波検査①	年 月 日	円
妊婦健康診査⑤	年 月 日	円	超音波検査②	年 月 日	円
妊婦健康診査⑥	年 月 日	円	超音波検査③	年 月 日	円
妊婦健康診査⑦	年 月 日	円	超音波検査④	年 月 日	円
妊婦健康診査⑧	年 月 日	円	子宮頸がん検診	年 月 日	円
妊婦健康診査⑨	年 月 日	円	HTLV-1抗体検査	年 月 日	円
妊婦健康診査⑩	年 月 日	円	性器クラミジア検査	年 月 日	円
妊婦健康診査⑪	年 月 日	円	受診医療機関名		

交付決定された助成金については、次の口座に振り込んで下さい。

金融機関名	支店名	預金種別	当座・普通
口座番号			
フリガナ			
口座名義			

【添付書類】

- 妊婦健康診査費領収書（原本）及び診療明細書
- 母子健康手帳の健康診査記録がわかる記載部分の写し
- 未使用の妊婦健康診査受診票
- 振込先の金融機関、支店、預金種別、口座番号、口座名義（カナ）がわかる通帳等（写し）