

様式第1号（第8条関係）

大鰐町妊婦・乳児一般健康診査費用助成金交付申請書

年 月 日

大鰐町長 殿

(申請者) 住 所 大鰐町大字

氏 名

電話番号

大鰐町妊婦・乳児一般健康診査費用の助成を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

受診者氏名	ふりがな 妊 婦		生年月日	年 月 日
	ふりがな 乳 児		生年月日	年 月 日
受診した 医療機関	妊 婦	医療機関名		
		住所		
	乳 児	医療機関名		
		住所		

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	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

※口座名義人は申請者と同一に限ります。

【 添付書類 】

- 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）

（裏面にもご記入ください）

	健康診査内容	受診年月日	支払額(A)	基準額(B)	請求額	
妊 婦	妊婦健康診査①	年 月 日	円	円	円	
	妊婦健康診査②	年 月 日	円	円	円	
	妊婦健康診査③	年 月 日	円	円	円	
	妊婦健康診査④	年 月 日	円	円	円	
	妊婦健康診査⑤	年 月 日	円	円	円	
	妊婦健康診査⑥	年 月 日	円	円	円	
	妊婦健康診査⑦	年 月 日	円	円	円	
	妊婦健康診査⑧	年 月 日	円	円	円	
	妊婦健康診査⑨	年 月 日	円	円	円	
	妊婦健康診査⑩	年 月 日	円	円	円	
	妊婦健康診査⑪	年 月 日	円	円	円	
	妊婦健康診査⑫	年 月 日	円	円	円	
	妊婦健康診査⑬	年 月 日	円	円	円	
	妊婦健康診査⑭	年 月 日	円	円	円	
	超音波検査①	年 月 日	円	円	円	
	超音波検査②	年 月 日	円	円	円	
	超音波検査③	年 月 日	円	円	円	
	超音波検査④	年 月 日	円	円	円	
	Nスコア	年 月 日	円	円	円	
	子宮頸がん検診	年 月 日	円	円	円	
	HTLV-1抗体検査	年 月 日	円	円	円	
	性器クラミジア検査	年 月 日	円	円	円	
	GBS 検査	年 月 日	円	円	円	
	多胎妊婦①	年 月 日	円	円	円	
	多胎妊婦②	年 月 日	円	円	円	
	多胎妊婦③	年 月 日	円	円	円	
	多胎妊婦④	年 月 日	円	円	円	
	多胎妊婦⑤	年 月 日	円	円	円	
	多胎妊婦⑥	年 月 日	円	円	円	
	多胎妊婦⑦	年 月 日	円	円	円	
	乳	乳児健康診査①	年 月 日	円	円	円
	児	乳児健康診査②	年 月 日	円	円	円
助成決定額(町で記入)			円			

※請求額は、支払額(A)と基準額(B)を比較し、低い額とする。