

妊産婦健康診査助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

大田原市長 様

住 所
申請者
氏 名

妊産婦健康診査の助成を受けたいので、大田原市妊産婦乳幼児健康診査実施要綱第12条第2項の規定により、次のとおり申請及び請求します。

受診者	住 所	電話番号			
	フリガナ 氏 名	生年月日	年 月 日		
振込先	金融機関名		支店等名		
	口座種別	普通	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義				

※申請者と太線の枠内のみ記入してください。

区分	受診年月日	対 象 受診票	上限額	助成金申請 (請求) 額	受診医療機関
妊婦健康診査	年 月 日	第1回	20,000円	円	
	年 月 日	第2回	5,000円	円	
	年 月 日	第3回		円	
	年 月 日	第4回		円	
	年 月 日	第5回		円	
	年 月 日	第6回		円	
	年 月 日	第7回		円	
	年 月 日	第8回	11,000円	円	
	年 月 日	第9回	5,000円	円	
	年 月 日	第10回		円	
	年 月 日	第11回	9,000円	円	
	年 月 日	第12回	5,000円	円	
	年 月 日	第13回		円	
	年 月 日	第14回		円	
年 月 日	第15回	円			
(多胎妊婦のみ)	年 月 日	第16回	5,000円	円	
	年 月 日	第17回		円	
	年 月 日	第18回		円	
	年 月 日	第19回		円	
産婦健康診査	年 月 日	産後2週間	5,000円	円	
	年 月 日	産後1か月		円	
合計助成決定金額					円

添付書類

- (1) 妊産婦健康診査を受診した医療機関が発行した領収書
- (2) 妊産婦健康診査受診票
- (3) 母子健康手帳の写し