

交付番号

妊産婦健康診査費用助成申請書

年 月 日

瑞浪市長 様

<申請者(受診者)>

住所 瑞浪市

氏名

電話番号

別紙のとおり県外または助産所等で妊産婦健康診査を受けましたので、助成金を交付されたく、関係書類を添えて申請します。

受診票の種類	本人支払額	助成限度額	助成額
1 妊婦健康診査受診票(補助券)① (含初回血液検査・子宮頸がん検診)			
2 妊婦健康診査受診票(補助券)③ (含超音波検査)			
3 妊婦健康診査受診票(補助券)②			
4 妊婦健康診査受診票(補助券)③ (含超音波検査)			
5 妊婦健康診査受診票(補助券)②			
6 妊婦健康診査受診票(補助券)⑥ (含クラミジア抗原検査)			
7 妊婦健康診査受診票(補助券)⑤ (含血算・血糖検査)			
8 妊婦健康診査受診票(補助券)③ (含超音波検査)			
9 妊婦健康診査受診票(補助券)②			
10 妊婦健康診査受診票(補助券)⑦ (含GBS検査)			
11 妊婦健康診査受診票(補助券)④ (含血算検査)			
12 妊婦健康診査受診票(補助券)③ (含超音波検査)			
13 妊婦健康診査受診票(補助券)②			
14 妊婦健康診査受診票(補助券)②			
15 妊婦健康診査受診票(多胎妊婦追加用)(補助券)③(含超音波検査)			
16 妊婦健康診査受診票(多胎妊婦追加用)(補助券)③(含超音波検査)			
17 産婦健康診査受診票兼結果票(補助券)			
18 産婦健康診査受診票兼結果票(補助券)			
助成額合計			円

【助成金の振込先】

金融機関名	銀行・金庫・農協 本店 ・ 支店名()		
口座番号		口座種別	
ふりがな			
口座名義人			

年 月 日

妊産婦健康診査費用の助成金を支給します。

健康づくり課 課長