

様式第1号(第7条関係)

(表)

本庄市妊婦健康診査助成金交付申請書

年 月 日

(あて先)本庄市長

本庄市妊婦健康診査助成金の交付について、下記のとおり申請します。なお、この申請に基づく助成金の交付決定に当たり、確認等が必要な場合には、受診した医療機関等に市が照会することに同意します。

記

フリガナ		電話番号
妊産婦氏名		( )
生年月日	年 月 日	
住所	〒	

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 妊産婦本人 <input type="checkbox"/> 本人以外(下の欄に記入してください。)		
フリガナ		妊産婦との関係	
氏名			
住所	〒		
		電話番号	

注意事項

- 1 申請には、次の書類を持参してください。
  - (1) 母子健康手帳
  - (2) 本庄市から交付された妊婦健康診査助成券
  - (3) 医療機関等で受診した結果等の必要事項が記入された妊婦健康診査各助成券又は妊婦健康診査の結果が確認できるもの
  - (4) 受診した医療機関等が発行した領収書の写しその他支払額がわかるもの
  
- 2 申請ができるのは、受診の日から起算して1年以内です。

(裏)

<申請内容(下の太枠内に記入してください。)>

受診年月日	支払額(円)	確認内容(番号)	確認額	備考
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
合計				

<事務処理欄>

添付助成券	基準額	助成券番号	チェック欄
妊婦健康診査助成券①	14,070円		
妊婦健康診査助成券②④⑤⑦⑧⑨⑬⑭	5,010円		枚
妊婦健康診査助成券③⑩	8,010円		枚
妊婦健康診査助成券⑥⑫	8,110円		枚
妊婦健康診査助成券⑪	5,710円		
子宮頸がん検診助成券	3,500円		
H I V抗体検査助成券	2,290円		
H T L V - 1抗体検査助成券	2,300円		
性器クラミジア検査助成券	2,000円		