

小国町妊婦健康診査費助成金申請書

令和 年 月 日

小国町長様

小国町妊婦一般健康診査費助成金交付要綱第5条の規定に基づき、次のとおり妊婦健康診査費の助成を受けたく、関係書類を添えて申請します。なお、助成金については、下記の口座に振り込んでください。

申請者 氏名 _____ (印)
住所 阿蘇郡小国町大字 _____
電話番号 _____ - _____

太枠内をご記入ください。

ふりがな		生 年 月 日			
受診者氏名		昭和・平成 年 月 日			
住 所 電 話 番 号		〒 _____ 電話番号 _____ - _____ 阿蘇郡小国町大字			
健 診 場 所					
(出生予定日) 令和 年 月 日		(出生日) 令和 年 月 日			
妊婦 一般 健康 診査	回数(妊娠週数)	健 診 年 月 日	健 診 料	助 成 限 度 額	助 成 額
	1(週)	年 月 日	円	22,360 円	円
	2(週)	年 月 日	円	5,060 円	円
	3(週)	年 月 日	円	8,990 円	円
	4(週)	年 月 日	円	8,990 円	円
	5(週)	年 月 日	円	5,060 円	円
	6(週)	年 月 日	円	8,990 円	円
	7(週)	年 月 日	円	5,060 円	円
	8(週)	年 月 日	円	8,000 円	円
	9(週)	年 月 日	円	5,060 円	円
	10(週)	年 月 日	円	7,820 円	円
	11(週)	年 月 日	円	6,750 円	円
	12(週)	年 月 日	円	8,990 円	円
	13(週)	年 月 日	円	5,060 円	円
	14(週)	年 月 日	円	5,060 円	円
助 成 額 合 計				円	

※個人情報の使用について：今回ご記入いただきました個人情報は、妊婦健康診査助成事業の実施のために使用し、それ以外の目的には一切使用いたしません。また、情報漏洩や不正が生じないように適切に扱います。

振込先	金融機関	銀 行	本店	種 目	口 座 番 号						
		信 用 金 庫	支店	1 普通							
		農業協同組合	支所	2 当座							
	ふりがな				受 付 印						
	口座名義人 (健診受診者本人)										

添付書類 ☐未使用の受診票 ☐妊婦健診を受けた医療機関が発行する領収書(写し) ☐母子健康手帳(写し)