

様式第1号(第5条関係)

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適切に扱います。

振込先	金融機関	銀 行 信 用 金 庫 農 業 協 同 組 合	本店 支店 支所	種目	口座番号					
				1普通						
				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)