

# 高島町里帰り等妊婦健康診査補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

高島町長 あて

私は、高島町里帰り等妊婦健康診査補助金交付要綱第2条に定める補助要件に該当しますので、同要綱第5条の規定により、補助金の交付を申請します。

申 請 者	住 所	〒 高島町						
	フリガナ							
	氏 名	Ⓜ 旧姓 ( )						
	電話番号		生年月日	年 月 日				
	出産年月日	年 月 日	母子健康手帳番号					
助 成 申 請 額	健康診査種別	健診受診日	自己負担額 (a)	助成上限額 (b)	申請額 (a)と(b)で少ない額			
	妊婦健康診査(1回目)	年 月 日	円	10,000円	円			
	妊婦健康診査(2回目)	年 月 日	円	5,000円	円			
	妊婦健康診査(3回目)	年 月 日	円	5,000円	円			
	妊婦健康診査(4回目)	年 月 日	円	5,000円	円			
	妊婦健康診査(5回目)	年 月 日	円	5,000円	円			
	妊婦健康診査(6回目)	年 月 日	円	5,000円	円			
	妊婦健康診査(7回目)	年 月 日	円	5,000円	円			
	妊婦健康診査(8回目)	年 月 日	円	5,000円	円			
	妊婦健康診査(9回目)	年 月 日	円	5,000円	円			
	妊婦健康診査(10回目)	年 月 日	円	5,000円	円			
	妊婦健康診査(11回目)	年 月 日	円	5,000円	円			
	妊婦健康診査(12回目)	年 月 日	円	5,000円	円			
	妊婦健康診査(13回目)	年 月 日	円	5,000円	円			
	妊婦健康診査(14回目)	年 月 日	円	5,000円	円			
	HTLV-1抗体検査	年 月 日	円	2,290円	円			
	性器クラミジア抗原検査	年 月 日	円	2,100円	円			
	子宮頸がん検診	年 月 日	円	3,400円	円			
	超音波検査(初回)	年 月 日	円	5,300円	円			
	超音波検査②	年 月 日	円	4,770円	円			
超音波検査③	年 月 日	円	4,770円	円				
超音波検査④	年 月 日	円	4,770円	円				
合 計					円			
振 込 先	金融機関名		本店 支店	口座 番号	1 普通 2 当座			
		コード						
	フリガナ							
口座名義								

\*振込先の口座名義を申請者以外の方とする場合は、下記の委任状に記入と押印が必要です。

私は、本件に係る助成金の受領を下記の者に委任します。

(住所) \_\_\_\_\_ (氏名) \_\_\_\_\_

年 月 日 申請者氏名 \_\_\_\_\_ Ⓜ

\*以下の項目は、領収書を紛失した場合にのみご記入ください。\*

里帰り先における妊婦健康診査実施状況

申請者	郵便番号	—
	現住所	
	フリガナ	
	氏名	
	電話番号	—

\*\*\*医療機関の皆さまへ\*\*\*

この申請書は、高島町の里帰り時の妊婦健康診査に対する補助金交付申請書です。

下記の項目については、領収書を紛失した場合に必要となりますので、申請者からの依頼がありました際には、ご記入くださいますよう、よろしくお願いたします。

問合せ先  
電話番号

医療機関記入欄	医療機関コード (ゴム印を押印してください。)	健診年月日	健診時の 妊娠週数	領収金額 (保険適用外分)
			年 月 日	週
		年 月 日	週	円
医療機関等	医療機関等の所在地	年 月 日	週	円
	医療機関等の名称	年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円
	開設者氏名	年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円
	電話番号	年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円

\*医療機関の名称、所在地等につきましてはスタンプをご利用願います。