

(様式第1号)

年 月 日

安八町長 様

妊婦健康診査助成金申請書兼請求書

安八町妊婦健康診査実施要綱第8条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり助成金の交付を申請します。

申請額 ※ 円

申請者	住所	安八町	郵便番号	503-
	氏名	印	電話番号	

健診項目	受診日	回数	助成上限額 (円)	※助成額 (円)
基本妊婦健康診査・初回血液検査・子宮がん検診	年 月 日		20,900	
基本妊婦健診診査	年 月 日		5,880	
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
基本妊婦健康診査、超音波検査	年 月 日		11,180	
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
基本妊婦健康診査・血算	年 月 日		7,740	
基本妊婦健康診査・血算・血糖	年 月 日		9,290	
基本妊婦健康診査・クラミジア抗原検査	年 月 日		9,660	
基本妊婦健康診査・GBS 検査	年 月 日		9,680	
合計				※

※振込先指定口座は、【1. 銀行】【2. ゆうちょ銀行】のどちらかにご記入ください。

【1. 銀行】

振込先	銀行・金庫 農協										本・支店 出張所	店番			
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 (該当に☑)		口座番号								ふりがな				
											口座 名義人				

【2. ゆうちょ銀行】

振込先	ゆうちょ銀行							ふりがな							
								口座名義人							
	記号							番 号 (右詰め)							

※添付書類 妊婦健診受診票、領収書の写し、母子健康手帳の写し