

様式第3号（第8条関係）

宇美町妊婦健康診査助成金交付申請書

年 月 日

宇美町長 殿

申請者 氏 名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

母子健康手帳交付番号 _____

※申請者と窓口申請者が異なる場合はご記入ください

窓口申請者 氏 名 _____

続 柄 _____

住 所 _____

電話番号 _____

宇美町妊婦健康診査助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

1. 助成金申請額

回数	区 分	受診年月日	健診費用（保険適用分を除く）	助成上限額	申請額
1	基本健診・妊娠初期血液検査・超音波検査	・ ・	円	21,080円	円
2	基本健診	・ ・	円	5,100円	円
3	基本健診	・ ・	円	5,100円	円
4	基本健診	・ ・	円	5,100円	円
5	基本健診	・ ・	円	5,100円	円
6	基本健診・貧血検査	・ ・	円	6,690円	円
7	基本健診・性器クラミジア検査	・ ・	円	8,700円	円
8	基本健診・超音波・貧血・血糖検査	・ ・	円	13,020円	円
9	基本健診	・ ・	円	5,100円	円
10	基本健診	・ ・	円	5,100円	円
11	基本健診・B群溶血性連鎖球菌（GBS）検査	・ ・	円	8,300円	円
12	基本健診・超音波検査	・ ・	円	9,880円	円
13	基本健診	・ ・	円	5,100円	円
14	基本健診	・ ・	円	5,100円	円
合 計			円		円

2. 振込先

口座情報	金融機関名	銀行・金庫・農協			支店名	支店
	口座種別	1. 普通預金		2. 当座預金		
	口座番号					
	フリガナ					
	口座名義					

※口座名が、申請者の名義でないときは、下記の欄に記入してください。

委任欄	支払金の受領を【 に委任します。	(口座名義人を記入)
	年 月 日 (委任を依頼した方の氏名) _____	

3. 添付書類

- ・ 自己負担した検査項目（別表）に係る領収書又はその写し
- ・ 妊婦健康診査受診券
- ・ 妊婦健康診査結果（母子健康手帳の妊娠中の経過等）又はその写し