

様式第1号(第5条関係)

都留市妊婦一般健康診査費用助成金交付申請書

年 月 日

都留市長 様

申請者

住 所 都留市

氏 名

㊞

都留市契約外医療機関において受診した妊婦一般健康診査について、助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

1 助成金申請額 金 円

2 振込先

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農 協									
支店名	本店 支店									
口座種類	普通・当座	口座番号 (右詰め)								
預金口座名義	フリガナ									
	住所									
	フリガナ									
	氏名									

### 3 受診明細

受診者氏名			出産年月日	年 月 日
妊婦健診受診日		妊婦健診費用 (保険適用分を除く)	上限額	決定額
1回目	年 月 日	円	6,000円	円
2回目	年 月 日	円	6,000円	円
3回目	年 月 日	円	6,000円	円
4回目	年 月 日	円	6,000円	円
5回目	年 月 日	円	6,000円	円
6回目	年 月 日	円	6,000円	円
7回目	年 月 日	円	6,000円	円
8回目	年 月 日	円	6,000円	円
9回目	年 月 日	円	6,000円	円
10回目	年 月 日	円	6,000円	円
11回目	年 月 日	円	6,000円	円
12回目	年 月 日	円	6,000円	円
13回目	年 月 日	円	6,000円	円
14回目	年 月 日	円	6,000円	円
追加検査①	年 月 日	円	8,000円	円
追加検査②	年 月 日	円	1,000円	円
追加検査③	年 月 日	円	1,000円	円
追加検査④	年 月 日	円	1,000円	円
追加検査⑤	年 月 日	円	1,750円	円
追加検査⑥	年 月 日	円	1,000円	円
以下は多胎妊娠の場合のみ				
15回目	年 月 日	円	6,000円	円
16回目	年 月 日	円	6,000円	円
17回目	年 月 日	円	6,000円	円
18回目	年 月 日	円	6,000円	円
19回目	年 月 日	円	6,000円	円
受診した医療機関		医療機関名		
		所在地		
		TEL		

#### 添付書類

- (1) 母子手帳
- (2) 当該妊婦一般健康診査の領収書
- (3) 妊婦一般健康診査受診票