

美馬市妊婦健康診査費助成金支給申請書

年 月 日

美馬市長 殿

申請者

住所 美馬市
氏名
電話

印

妊婦健康診査費助成金を受けたいので、次のとおり申請します。

受診者	氏名	(年 月 日生 歳)					
	住所	美馬市	電話				
出産予定日	年 月 日		出産日	年 月 日			
交付申請合計額	円(①+②+③+④+⑤+⑥+⑦+⑧+⑨+⑩+⑪+⑫+⑬+⑭)						
区分	受診日	医療機関名	申請額	区分	受診日	医療機関名	申請額
週数				週数			
赤色	年 月 日		①	ピンク	年 月 日		⑧
初回				30週			
水色	年 月 日		②	水色	年 月 日		⑨
12週				32週			
水色	年 月 日		③	水色	年 月 日		⑩
16週				34週			
ピンク	年 月 日		④	ピンク	年 月 日		⑪
20週				36週			
水色	年 月 日		⑤	水色	年 月 日		⑫
24週				37週			
ピンク	年 月 日		⑥	水色	年 月 日		⑬
26週				38週			
水色	年 月 日		⑦	水色	年 月 日		⑭
28週				39週			

【振込口座】

金融機関名	銀行 農業協同組合		支店 支所
預金種別	普通・当座	口座番号	
(フリガナ) 口座名義			

処理欄	支給決定額	円	確認印
-----	-------	---	-----

※ 助成限度額(美馬市妊婦健康診査費助成事業実施要綱第4条参照)

1 健康診査費が上限額を超えた場合は、上限額までしか助成(申請)できません。助成(申請)回数は14回までです。

※ 添付書類

- 1 領収書
- 2 母子健康手帳の写し
- 3 未使用の妊婦一般健康診査受診票

私は、美馬市妊婦健康診査費助成金支給申請に係る事務を行うにあたり、住民基本台帳等を閲覧することを承諾します。

年 月 日

申請者 住所 美馬市

氏名

印