

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)			個人番号				
	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