

妊婦健康診査助成金交付申請書

令和 年 月 日

嵐山町長 佐久間 孝光 様

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

嵐山町妊婦健康診査助成金交付要綱第4条の規定により、妊婦健康診査助成金を申請します。

	受診回数		受診日	自己負担額	*助成額
	妊婦一般健康診査	妊娠初期	1	年 月 日	円
2			年 月 日	円	円
妊娠中期		3	年 月 日	円	円
		4	年 月 日	円	円
		5	年 月 日	円	円
妊娠後期		6	年 月 日	円	円
		7	年 月 日	円	円
		8	年 月 日	円	円
		9	年 月 日	円	円
		10	年 月 日	円	円
		11	年 月 日	円	円
検 査		子宮頸がん	年 月 日	円	円
		妊婦HIV抗体	年 月 日	円	円
		HTLV-1	年 月 日	円	円
	性器クラミジア	年 月 日	円	円	
受診医療機関名	住 所				
	電 話 番 号				
	医療機関名 印				
分娩予定日	年 月 日 (出産後の場合は、出産日を記入)			計	円

(太枠部分は医療機関記入欄)

(\*町記入欄)

振 込 先

金融機関名	銀 行 信用金庫 農 協	本店 支店
口座番号	普通・当座 No.	
フリガナ		
口座名義人		

※添付書類：医療機関の領収書及び妊婦健康診査の記録が記載された母子健康手帳の写し