

志免町妊婦健康診査費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

志免町長 様

申請者兼請求者 住 所 志免町
氏 名
電話番号

標記について、志免町妊婦健康診査実施要綱第11条第1項の規定により、
次のとおり別紙書類を添え申請・請求します。

受診者氏名		☐ 申請者と同じ		生年月日	S・H	年	月	日
受診券の種類		番号	上限金額	申請金額	助成決定額（町記入）		受診年月日	
基本健診・超音波検査・妊娠初期血液検査		①	21,080円	円	円		年	月 日
基本健診・超音波検査		④	9,880円	円	円		年	月 日
基本健診・貧血検査		⑥	6,690円	円	円		年	月 日
基本健診・クラミジア検査		⑦	8,700円	円	円		年	月 日
基本健診・超音波検査・貧血検査・血糖検査		⑧	13,020円	円	円		年	月 日
基本健診・GBS検査		⑪	8,300円	円	円		年	月 日
基本健診・超音波検査		⑫	9,880円	円	円		年	月 日
基本健診			5,100円	円	円		年	月 日
基本健診			5,100円	円	円		年	月 日
基本健診			5,100円	円	円		年	月 日
基本健診			5,100円	円	円		年	月 日
基本健診			5,100円	円	円		年	月 日
基本健診			5,100円	円	円		年	月 日
基本健診			5,100円	円	円		年	月 日
子宮頸がん検査		別紙	3,560円	円	円		年	月 日

振込先口座									
金融機関名	銀行 農協 信用金庫			金融機関コード				本店・支店名	店番号
								本店・支店	
口座の種類	普通 ・ 当座			(フリガナ)					
口座番号								口座名義人	

【申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合】

※委任状

私は、上記振込先口座欄に記載した口座名義人に助成金の受領に関する一切の権限を委任します。

令和 年 月 日

申請者氏名

※添付書類等

☐領収書と診療明細書の写し

☐受診結果を記載している妊婦健診受診券（請求用のページ）

☐振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードの写し

☐母子健康手帳の写し

※健診結果が不明な場合は、志免町から医療機関に内容の確認をさせていただく場合があります。

助成決定合計額
(町記入欄)

円