

篠栗町長 様

年 月 日

篠栗町妊婦健康診査費助成金交付申請書兼請求書

篠栗町妊婦健康診査実施要綱第10条の規定により、下記のとおり申請します。

また、この申請内容について、医療機関等へ確認することに同意します。

申請者 (妊婦)	名 前			生年月日	年 月 日	
住 所	篠栗町			連絡先 電話番号		
妊婦健康診査 実施医療機関	名 称			申請理由	<input type="checkbox"/> 県医師会未加入 <input type="checkbox"/> 県外 <input type="checkbox"/> その他 ()	
妊娠届出日	年 月 日		母子健康手帳番号			
補助券の種類 ※1	妊婦健康診査受診日	週数	妊婦健康診査費用 (領収書金額)	助成対象費用	助成申請額	
	年 月 日	週	円	円	円	
	年 月 日	週	円	円	円	
	年 月 日	週	円	円	円	
	年 月 日	週	円	円	円	
	年 月 日	週	円	円	円	
	年 月 日	週	円	円	円	
	年 月 日	週	円	円	円	
※1 ①基本 ②基本+初期血液+超音波 ③基本+超音波 ④基本+貧血 ⑤基本+超音波+貧血+血糖 ⑥基本+クラミジア ⑦基本+GBS ⑧子宮頸がん検診					合計	円

※太枠内は、町で記入します。

【振込先口座記入欄】

口座名義人	フリガナ			名義人名			
金融機関名			支店名		分類	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座	
銀行 農協 金庫 組合			本・支店 本・支所 出張所		口座 番号	右詰めで記入	
金融機関コード			支店コード				

【添付書類】

- 母子健康手帳・妊婦健康診査受診券の写し(実施医療機関記載分)
- 医療機関発行の妊婦健康診査の領収書及び診療明細書の写し(保険診療でないことが確認できるもの)
- 申請者の本人確認ができる書類の写し
- 振込先口座が確認できる書類の写し (申請者名義に限る。)
- その他町長が必要と認める書類の写し (代理人が申請の場合は委任状)