

里帰り等妊婦健康診査費助成申請書

年 月 日

基山町長様

〈申請者〉

住所 基山町

氏名

印

電話() -

里帰り出産などの為(助産所 ・ 指定外医療機関)で妊婦健康診査を受診し、費用を負担したので、別紙のとおり助成金の交付を申請します。

また、この申請内容について、公簿との紹介及び医療機関等へ確認することに同意します。

記

対象妊婦氏名				
助成対象妊婦健診	受診年月日	受診医療機関	費用負担額	※助成金額
	年 月 日		円	円
	年 月 日		円	円
	年 月 日		円	円
	年 月 日		円	円
	年 月 日		円	円
	年 月 日		円	円
	年 月 日		円	円
	年 月 日		円	円
	年 月 日		円	円
	年 月 日		円	円
	年 月 日		円	円
	年 月 日		円	円

※各健診の自己負担額と費用助成金額(うぐいす色 5,000 円、オレンジ色 15,550 円、浅黄色 8,540 円、レモン色 12,950 円、あじさい色 8,000 円、コスモス色 11,400 円)のうち、いずれか低い方の金額が助成金額となります。

助成金額総計 円

口座振替依頼書

助成金については下記の口座に振り込んでください

振込み先金融機関	預金種別	口座番号
銀行 支店	普通 当座	
口座名義人(カタカナ)		

注1) 添付書類①妊婦健康診査受診医療機関の領収書(受診者氏名、保険適用外の妊婦健康診査費用であること、健診年月日、領収金額、医療機関の確認ができるもの。)

②未使用の妊婦健診受診票(紛失や破棄された場合は使用したものとみなします。)

注2) 申請者と口座名義人は、同一でお願いします。

注3) 申請期間は、最後の妊婦健康診査受診日から1年以内です。

注4) 助成回数の上限は、妊婦健診受診票の使用回数と合わせて14回です。