

愛川町妊婦健康診査費用助成申請書

年 月 日

愛川町長 殿

愛川町妊婦健康診査助成金交付要綱第4条に基づき、必要書類を添えて次のとおり申請します。

(フリガナ)				生年月日	年 月 日 (歳)		母子健康手帳 No.
氏名							
住所	〒 ー 愛川町			電話番号	()		
申請理由	該当するものをレ点でチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 神奈川県産科婦人科医会との委託外の医療機関又は助産院等で妊婦健康診査を受診したため <input type="checkbox"/> 補助券に記載の金額未滿で妊婦健康診査を受診したため <input type="checkbox"/> その他 ()						
申請する妊婦健康診査の受診日とその費用							
補助券の種類	補助額	受診日	費用	補助券の種類	補助額	受診日	費用
医療機関専用券	10,000円	年 月 日	円	8回目	4,000円	年 月 日	円
2回目	4,000円	年 月 日	円	9回目	4,000円	年 月 日	円
3回目	4,000円	年 月 日	円	10回目	4,000円	年 月 日	円
4回目	4,000円	年 月 日	円	11回目	4,000円	年 月 日	円
5回目	4,000円	年 月 日	円	12回目	4,000円	年 月 日	円
6回目	4,000円	年 月 日	円	13回目	4,000円	年 月 日	円
7回目	4,000円	年 月 日	円	14回目	4,000円	年 月 日	円
申請額	円		申請歴	該当するものをレ点でチェックしてください。 <input type="checkbox"/> あり (年 月 日に補助券 (分) を申請) ※今回の妊娠において、すでに妊婦健康診査費用の助成を申請されたことがある場合、前回の申請情報を記入してください。 <input type="checkbox"/> なし			
振込先	金融機関名	銀行・農協 本店・支店 信用金庫・信用組合 支所・出張所					
	預金種別	普通・当座	口座番号	⋮	⋮	⋮	⋮
	口座名義						
同意欄	助成金の交付決定にあたり、町職員が住民基本台帳を確認すること、また、領収書の内容について医療機関に確認することに同意します。 氏名 _____						

(以下は記入しないでください。)

申請書受理年月日	年 月 日	申請番号	
愛川町への住民登録日	年 月 日	申請の妊婦健康診査受診日に愛川町に住所を有している。	