様式第3号（第8条関係）

宇美町妊婦健康診査助成金交付申請書兼請求書

　　年　　月　　日

　宇美町長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　氏　　名　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　母子健康手帳交付番号

※申請者と窓口申請者が異なる場合はご記入ください

　　　　　　　　　　　　　　　　　窓口申請者　氏　　名　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続　　柄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

宇美町妊婦健康診査助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

なお、交付決定を受けたときは、当該助成金について請求しますので、指定口座に振り込んでください。

記

１．助成金申請額

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 回数 | 区　分 | 受診年月日 | 健診費用（保険適用分を除く） | 助成上限額 | 申請額 |
| 1 | 基本健診・妊娠初期血液検査・超音波検査 | 　・　・ | 円 | 　21,080円 | 円 |
| 2 | 基本健診 | 　・　・ | 円 | 5,100円 | 円 |
| 3 | 基本健診 | 　・　・ | 円 | 5,100円 | 円 |
| 4 | 基本健診 | 　・　・ | 円 | 5,100円 | 円 |
| 5 | 基本健診 | 　・　・ | 円 | 5,100円 | 円 |
| 6 | 基本健診・貧血検査 | 　・　・ | 円 | 6,690円 | 円 |
| 7 | 基本健診・性器ｸﾗﾐｼﾞｱ検査 | 　・　・ | 円 | 8,700円 | 円 |
| 8 | 基本健診・超音波・貧血・血糖検査 | 　・　・ | 円 | 13,020円 | 円 |
| 9 | 基本健診 | 　・　・ | 円 | 5,100円 | 円 |
| 10 | 基本健診 | 　・　・ | 円 | 5,100円 | 円 |
| 11 | 基本健診・B群溶血性ﾚﾝｻ球菌（GBS）検査 | 　・　・ | 円 | 8,300円 | 円 |
| 12 | 基本健診・超音波検査 | 　・　・ | 円 | 9,880円 | 円 |
| 13 | 基本健診 | 　・　・ | 円 | 5,100円 | 円 |
| 14 | 基本健診 | 　・　・ | 円 | 5,100円 | 円 |
| 請求額合計 | 円 |  | 円 |

２．振込先

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 口　座　情　報 | 金融機関名 | 　　　　　　銀行・金庫・農協 | 支店名 | 　　　支店 |
| 口座種別 | 1．普通預金　　　　2．当座預金 |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義 |  |

　　※口座名が、申請者の名義でないときは、下記の欄に記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 　委　任　欄 | 支払金の受領を【　　　　　　　　　　　　　　　　（口座名義人を記入）】に委任します。　　年　　月　　日（委任を依頼した方の氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

３．添付書類

　　・自己負担した検査項目（別表）に係る領収書又はその写し

　　・妊婦健康診査受診券

　　・妊婦健康診査結果（母子健康手帳の妊娠中の経過等）の写し