

芦屋町里帰り等妊婦健康診査費用助成交付申請書

妊婦健康診査を受けた人			
住所	遠賀郡芦屋町		
ふりがな氏名	(旧姓)	電話番号 (携帯電話可)	
出産日(又は 出産予定日)	年 月 日	母子健康手帳番号	
里帰り先妊婦健 診実施医療機関	(県 市・町・村)	医療機関電話番号	

	週数	受診月日	支払金額	補助対象額	上限額	備考
1回		年 月 日			16,300円	
2回		年 月 日			5,100円	
3回		年 月 日			5,100円	
4回		年 月 日			5,100円	
5回		年 月 日			5,100円	
6回		年 月 日			6,690円	
7回		年 月 日			8,700円	
8回		年 月 日			13,020円	
9回		年 月 日			5,100円	
10回		年 月 日			5,100円	
11回		年 月 日			8,300円	
12回		年 月 日			9,880円	
13回		年 月 日			5,100円	
14回		年 月 日			5,100円	
合計金額					支給金額	

芦屋町長 様

私は、芦屋町里帰り等妊婦健康診査助成金交付要綱第2条に定める助成要件に該当しますので、同要綱第5条の規定により、助成金交付申請書を提出します。

年 月 日
申請者 住所 _____

氏名 _____ (続柄) 印

電話番号 _____

振り込み先

銀行・信用組合 農協・信用金庫	本店・支店 出張所	種目	口座番号
口座名義カナ		普通預金 当座預金	

町記入欄

支払金額	自己負担額	支給金額(決定額)
円	円	円

支給決定伺	決裁欄	課長	係長	係

領収書(兼明細書) 受診を証明するもの(母子手帳) 通帳確認 住民確認

※健診項目は町の補助券のとおりです(補助券に無い項目は助成の対象にはなりません)。

※健診料が上限額以内であれば実費を、上限額を超えた場合は上限額を助成金額とします。領収書をご持参ください(レシート不可)。

様式第1号（裏面）

* 以下の項目は領収書を紛失した場合にのみご記入ください。*

里帰り先における妊婦健康診査実施状況

申請者	郵便番号	—
	現住所	
	ふりがな	
	氏名	
	電話番号	—

*****医療機関の皆様へ*****

この申請書は、芦屋町の里帰り時の妊婦健康診査に対する助成金交付申請書です。

下記の項目については、領収書を紛失した場合に必要となりますので、申請者からの依頼がありました際には、ご記入くださいますよう、よろしくお願いいたします。

問い合わせ先 福岡県芦屋町役場健康・こども課
電話番号 093-223-3533

	医療機関コード (ゴム印を捺印してください)	健診年月日	健診時の 妊娠週数	領収金額 (保険適用外分)
医療機関等記入欄	医療機関所在地	年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円
	医療機関の名称	年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円
	開設者氏名	年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円
	電話番号	年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円
役場から問い合わせをさせていただく場合の御担当者の氏名	年 月 日	週	円	
	年 月 日	週	円	
	年 月 日	週	円	

* 医療機関の名称、所在地等につきましてはスタンプをご利用願います。