

(表面)

芦屋町里帰り等妊婦健康診査費用助成金交付申請書 太枠内に必要事項を記入してください。

妊婦健康診査受診者			
住所	(〒 - )		
ふりがな氏名		電話番号	
出産日(又は出産予定日)	年 月 日	母子健康手帳番号	
里帰り先妊婦健康診査実施医療機関	( 都・道・府・県 区・市・町・村)	医療機関電話番号	

回数	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			21,080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)

電話番号

振り込み先

口座名義カナ	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
			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

※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)。

年 月 日	<input type="checkbox"/> 領収書(兼明細書)	<input type="checkbox"/> 受診を証明するもの(母子健康手帳)	<input type="checkbox"/> 補助券	<input type="checkbox"/> 通帳	<input type="checkbox"/> 申請者確認(保・運・診・他( ))	<input type="checkbox"/> 妊婦健康診査受診者確認(保・運・診・他( ))	<input type="checkbox"/> 妊婦健康診査受診者住基登録確認	処理者
-------	------------------------------------	--	------------------------------	-----------------------------	--	--	--	-----

(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

妊婦健康診査 受診者	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、妊婦健康診査受診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

医療機関等記入欄		健診年月日	健診時の 妊娠週数	領収金額 (保険適用外分)
		年 月 日	週	円
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 ふりがな 氏名	年 月 日	週	円	
	年 月 日	週	円	
	年 月 日	週	円	