

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 診実施医療機関	(都・道・府・県 区・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			21,080 円	
2 回		年 月 日			5,100 円	
3 回		年 月 日			5,100 円	
4 回		年 月 日			9,880 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	
別券		年 月 日			3,560 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 ※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)

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

※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)。

年 月 日 □領収書(兼明細書) □受診を証明するもの(母子健康手帳) □補助券 □通帳 □申請者確認(マイ・運・診・他()) □妊婦健康診査受診者確認(マイ・運・診・他()) □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

こども家庭センター

電話番号 093-223-3577

[illegible]