

(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			21,860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

