

申請した日を記入
(最後に受診した日から6ヶ月以内)

××年××月××日

記入例

大台町長 様

住 所 大台町佐原750番地
申請者 氏 名 大台 花子
電話番号 0598-(82)-3785

申請者は妊婦様。

大台町妊婦一般健康診査県外受診費補助金交付申請書

大台町妊婦一般健康診査県外受診補助金交付要綱第5条の規定に基づき、関係書類を添えて、県外医療機関等での妊婦一般健康診査費用の補助金交付を申請します。

申請額の合計を記入

1 申請額 40,000 円

2 申請内訳

領収書を見て記入(健診の代金全額が対象になるとは限りません)

受診日	医療機関名	受診区分	診査費用 ア	交付限度額 (※) イ	申 請 額 アとイのいずれか 少ない方
		1 回			
R7.7.28	▲▲助産院	2 回	5,000円	5,180円	5,000円
R7.8.28	▲▲助産院	3 回	5,000円	5,180円	5,000円
R7.9.30	▲▲助産院	4 回	5,000円	5,180円	5,000円
R7.10.15	▲▲助産院	5 回	5,000円	5,180円	5,000円
		6 回			
R7.11.13	▲▲助産院	7 回	5,000円	5,180円	5,000円
		8 回			
R7.12.11	▲▲助産院	9 回	5,000円	5,180円	5,000円
R7.12.25	▲▲助産院	10 回	5,000円	5,080円 5,180円	5,000円
		11 回			
R8.1.16	▲▲助産院	12 回	5,000円	5,080円 5,180円	5,000円
		13 回	円	5,080円 5,180円	
		14 回	円	5,080円 5,180円	

※ 交付限度額は、受診日に町が県内医療機関等に委託する契約単価と同額とします。

口座は申請者(妊婦様)の名義のもの。
申請者以外の口座に振り込む場合は、委任状が必要

3 振込口座

● ● 銀行 農協 金庫 ■ ■ 店	種 別	(普通)・当座
	口座番号	◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆
	(フリガナ)	オオダイ ハナコ
	口座名義人	大台 花子

関係書類 妊婦一般健康診査受診票
受診料に係る領収書 その他町長が必要と認める書類