

年 月 日

大台町長 様

住 所 大台町
 申請者 氏 名
 電話番号

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。

1 申請額 _____ 円

2 申請内訳

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	円	24,070円	円
		2回	円	5,110円	円
		3回	円	5,110円	円
		4回	円	5,110円	円
		5回	円	5,110円	円
		6回	円	17,170円	円
		7回	円	5,110円	円
		8回	円	7,640円	円
		9回	円	5,110円	円
		10回	円	5,110円	円
		11回	円	13,050円	円
		12回	円	5,110円	円
		13回	円	5,110円	円
		14回	円	5,110円	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。

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)						
		口座名義人						

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