

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)-3115

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 53,730 円

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)

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		23,910円	
R5.7.28	▲▲産婦人科	2回	5,400円	5,160円	5,160円
R5.8.28	▲▲産婦人科	3回	5,400円	5,160円	5,160円
R5.9.30	▲▲産婦人科	4回	5,400円	5,160円	5,160円
R5.10.15	▲▲産婦人科	5回	7,200円	5,160円	5,160円
		6回		17,870円	
R5.11.13	▲▲産婦人科	7回	5,400円	5,160円	5,160円
R5.11.27	▲▲産婦人科	8回		7,590円	7,590円
R5.12.11	▲▲産婦人科	9回	5,400円	5,160円	5,160円
		10回	5,400円	5,060円	
		11回		13,220円	
R6.1.14	▲▲産婦人科	12回	5,400円	5,060円	5,060円
R6.1.20	▲▲産婦人科	13回	5,400円	5,060円	5,060円
R6.1.26	▲▲産婦人科	14回	5,400円	5,060円	5,060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、委任状が必要です。

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)	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