

様式第 8 号（第 7 条関係）

妊婦健康診査助成金申請書

年 月 日

小城市長 様

私は、妊婦健康診査を委託医療機関以外で受診したため、関係書類を添えて次のとおり妊婦健康診査の助成金を申請します。

申 請 者 (受診者)	郵便番号	—	電話番号	
	住 所			
	ふりがな 氏 名			
	生年月日	年 月 日		

受診した医療機関名	所在地	電話番号

里帰り先での妊婦健康診査実施状況

※それぞれの受診時の結果が記載された受診票と、自己負担額の領収書を添付してください。

受診票右下 の識別番号	助成対象の健診受診日	受 診 時 の 妊 娠 週数	自己負担額 (A) ※領収書添付	助成基準額 (B)	申請額 ※(A)と(B)を比 較して少ない額
1	年 月 日	週	円	5,020 円	円
2	年 月 日	週	円	15,550 円	円
3	年 月 日	週	円	5,020 円	円
4	年 月 日	週	円	8,540 円	円
5	年 月 日	週	円	5,020 円	円
6	年 月 日	週	円	5,020 円	円
7	年 月 日	週	円	5,020 円	円
8	年 月 日	週	円	12,950 円	円
9	年 月 日	週	円	5,020 円	円
10	年 月 日	週	円	5,020 円	円
11	年 月 日	週	円	8,000 円	円
12	年 月 日	週	円	11,400 円	円
13	年 月 日	週	円	5,020 円	円
14	年 月 日	週	円	5,020 円	円
申請額合計					円

様式第9号（第7条関係）

妊婦健康診査助成金請求書

年 月 日

小城市長 様

次のとおり請求します。

名称	金額
妊婦健康診査助成金	円

請求者※	
住 所	
氏 名	㊞

※上記「請求者」と下記「口座名義人」が異なる場合は委任状が必要です。

振込先金融機関										
金融機関名					本・支店名					
					本店 支店 出張所					
預金種目	1 普通		2 当座		口座番号					
ふりがな 口座名義人※										