

朝日町妊婦一般健康診査費助成金交付申請書

年 月 日

朝 日 町 長 様

申請者（受診者）

住 所 朝日町

氏 名

電 話

朝日町妊婦一般健康診査費助成事業実施要綱第5条の規定により、妊婦一般健康診査に係る助成金の交付を下記のとおり申請します。

記

	受診年月日	妊婦一般健康診査費用	※助成金
第1回	年 月 日	円	円
第2回	年 月 日	円	円
第3回	年 月 日	円	円
第4回	年 月 日	円	円
第5回	年 月 日	円	円
第6回	年 月 日	円	円
第7回	年 月 日	円	円
第8回	年 月 日	円	円
第9回	年 月 日	円	円
第10回	年 月 日	円	円
第11回	年 月 日	円	円
第12回	年 月 日	円	円
第13回	年 月 日	円	円
第14回	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
助 成 金 の 合 計			円
助 成 金 の 振 込 先			
振込 口座	銀行・信用金庫 農協・信用組合		種 別
	支店		当座・普通
口座 番号		ふりがな 口座 名義人	

1. 太枠の中をご記入してください。
2. 助成の対象となる妊婦一般健康診査は、1回の妊娠につき14回までの当該一般健康診査です。
3. 助成金の交付申請は、すべての健診が終了した後に申請をすること。
4. 助成金の交付申請は、受診日の翌日から1年以内に申請書を提出すること。
5. 助成金の額は、朝日町妊婦一般健康診査費助成事業実施要綱第4条に規定する額とする。
6. 添付書類ア. 妊婦一般健康診査結果票 イ. 妊婦一般健康診査費用の領収書・明細書