

様式第7号（第12条関係）

妊婦健康診査費用助成金交付申請書

年 月 日

島田市長

住所
申請者 氏名 印
(妊婦)
電話番号

妊婦健康診査を受けるのに要した費用の助成を受けたいので、島田市妊婦健康診査の実施及び費用の助成に関する要綱第12条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

妊婦健診を受けた病院、助産所等	所在地							
	名称							
	電話番号							
母子健康手帳の交付日	年 月 日	出産日等	年 月 日					
助成金の申請額		円						
受診日	週数	病院、助産所等に支払った額	健診番号	超音波番号	血液検査	血算検査	GBS検査	補助
年 月 日	週	円						
年 月 日	週	円						
年 月 日	週	円						
年 月 日	週	円						
年 月 日	週	円						
年 月 日	週	円						

助成金は、次の口座に振り込んでください。

口座振込先金融機関名	銀行 金庫 農業協同組合 ()		本店 支店 ()
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

(注)

- 1 太枠内は、記入しないでください。
- 2 次の書類を添付してください。
 - (1) 領収書（妊婦健診分と分かるもの）
 - (2) 受診しなかった回数の妊婦健康診査受診票等
 - (3) 母子健康手帳
 - (4) その他市長が必要と認めるもの