様式第１号（第１０条関係）

印

石巻市妊婦健康診査費助成金交付申請書

年　　月　　日

石巻市長（あて）

申請者　住所

氏名

石巻市妊婦健康診査費助成事業実施要綱第１０条の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  妊婦氏名 | | | |  | | | | | | | | 助成券  交付日 | | | | 年　　月　　日 | |
|  | | | | | | | |
| 生年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | 電話番号 | | | |  | |
| 住　　所 | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | |
| 妊婦健康診査の受診年月日、支払金額及び医療機関名を記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 受診年月日 | | | | 助成金上限額  Ａ | | | | 支払金額  Ｂ | | | | 助成申請額Ａ又はＢのいずれか少ない方 | | | 医療機関名 |
| １ | | 年　月　日 | | | | 円 | | | | 円 | | | | 円 | | |  |
| ２ | | 年　月　日 | | | | 円 | | | | 円 | | | | 円 | | |  |
| ３ | | 年　月　日 | | | | 円 | | | | 円 | | | | 円 | | |  |
| ４ | | 年　月　日 | | | | 円 | | | | 円 | | | | 円 | | |  |
| ５ | | 年　月　日 | | | | 円 | | | | 円 | | | | 円 | | |  |
| ６ | | 年　月　日 | | | | 円 | | | | 円 | | | | 円 | | |  |
| ７ | | 年　月　日 | | | | 円 | | | | 円 | | | | 円 | | |  |
| ８ | | 年　月　日 | | | | 円 | | | | 円 | | | | 円 | | |  |
| ９ | | 年　月　日 | | | | 円 | | | | 円 | | | | 円 | | |  |
| １０ | | 年　月　日 | | | | 円 | | | | 円 | | | | 円 | | |  |
| １１ | | 年　月　日 | | | | 円 | | | | 円 | | | | 円 | | |  |
| １２ | | 年　月　日 | | | | 円 | | | | 円 | | | | 円 | | |  |
| １３ | | 年　月　日 | | | | 円 | | | | 円 | | | | 円 | | |  |
| １４ | | 年　月　日 | | | | 円 | | | | 円 | | | | 円 | | |  |
| 助成申請額合計 | | | | | | | | | | | | | | 円 | | | |
| 指定口座 | 銀　行  　　信用金庫  信用組合 | | | | | | | 本　店  支　店  出張所 | | | | | 種　類 | | 普通預金・当座預金・その他 | | |
| 金融機関コ－ド | | | | | | | 店舗コ－ド | | | | | 口座番号 | |  | | |
|  | |  | |  | |  |  |  | |  | |
| 口座名義人 | | | | | | （フリガナ） | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |

産後6か月以内に申請してください。

**記載上の注意点**

様式第１号（第１０条関係）

印

石巻市妊婦健康診査費助成金交付申請書

2箇所に押印願います。

年　　月　　日

妊婦（産婦）本人の名前で申請してください。

石巻市長（あて）

申請者　住所

氏名

石巻市妊婦健康診査費助成事業実施要綱第１０条の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  妊婦氏名 | | | | いしのまき　はなこ | | | | | | | | 助成券  交付日 | | | | 年　　月　　日 | |
| 保険診療外（全額自費）で妊婦健診として実施した費用 | | | | | | | |
| 生年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | 電話番号 | | | |  | |
| 住　　所 | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | |
| 妊婦健康診査の受診年月日、支払金額及び医療機関名を記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 受診年月日 | | | | | 助成金上限額  Ａ | | | | 支払金額  Ｂ | | | | 助成申請額Ａ又はＢのいずれか少ない方 | | | 医療機関名 |
| １ | 年　月　日 | | | | |  | | | | 円 | | | | 円 | | |  |
| ２ | 年　月　日 | | | | |  | | | | 円 | | | | 円 | | |  |
| ３ | 年　月　日 | | | | |  | | | | 円 | | | | 円 | | |  |
| ４ | 年　月　日 | | | | |  | | | | 円 | | | | 円 | | |  |
| ５ | 年　月　日 | | | | |  | | | | 円 | | | | 円 | | |  |
| ６ | 年　月　日 | | | | |  | | | | 円 | | | | 円 | | |  |
| ７ | 年　月　日 | | | | |  | | | | 円 | | | | 円 | | |  |
| ８ | 年　月　日 | | | | |  | | | | 円 | | | | 円 | | |  |
| ９ | 年　月　日 | | | | |  | | | | 円 | | | | 円 | | |  |
| １０ | 年　月　日 | | | | |  | | | | 円 | | | | 円 | | |  |
| １１ | 年　月　日 | | | | |  | | | | 円 | | | | 円 | | |  |
| １２ | 年　月　日 | | | | |  | | | | 円 | | | | 円 | | |  |
| １３ | 年　月　日 | | | | |  | | | | 円 | | | | 円 | | |  |
| １４ | 年　月　日 | | | | |  | | | | 円 | | | | 円 | | |  |
| 助成申請額合計 | | | | | | | | | | | | | | 円 | | | | ２，４２０円 |
| 指定口座 | | 銀　行  　　信用金庫  信用組合 | | | | | | 本　店  支　店  出張所 | | | | | 種　類  妊婦（産婦）本人名義の口座を記入してください。 | | 普通預金・当座預金・その他 | | |
| 口座番号 | |  | | |
| 金融機関コ－ド | | | | | | 店舗コ－ド | | | | |
|  |  | |  | |  |  |  | |  | |
| 口座名義人 | | | | | （ふりがな） | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |