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）　　　　 |
|  |