様式第１号（第１０条関係）

石巻市妊産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

石巻市妊産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）  妊産婦氏名 | | |  | | | | | | 助成券  交付日 | | | | 年　　月　　日 |
|  | | | | | |
| 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | | | 電話番号 | | | |  |
| 住　　所 | | | 〒 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 妊産婦健康診査の受診年月日、支払金額及び医療機関名の詳細を裏面に記入してください。 | | | | | | | | | | | | | |
| 妊婦健康診査　　助成申請額合計 | | | | | | | | | | | 円 | | |
| 産婦健康診査　　助成申請額合計 | | | | | | | | | | | 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） | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * **妊婦健康診査** | | | | | |
|  | 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 | |

**○産後健康診査**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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 |  |
| 助成申請額合計 | | | | 円 | |