

石垣市妊婦健康診査費用（償還払い）助成金交付申請書

石垣市長 殿

申請者氏名	印
住 所	
電 話 番 号	

受診者	フリガナ 妊婦氏名		生 年 月 日	
	住 所			
	母子（親子） 手帳番号			
受診医療 機関等	医療機関名			
	所在地	都 道 府 県		

受診年月日	受診時 週数	受診票の種類	支払った額（円） A	償還限度額（円） B	申請額 AとBの少ない金額
		第 1 回目	円	24,460 円	円
		第 2 回目	円	8,970 円	円
		第 3 回目	円	10,940 円	円
		第 4 回目	円	10,830 円	円
		第 5 回目	円	17,630 円	円
		9-1回目	円	5,490 円	円
		9-2回目	円	10,270 円	円
		9-3回目	円	5,490 円	円
		9-4回目	円	9,870 円	円
		9-5回目	円	5,490 円	円
		9-6回目	円	9,870 円	円
		9-7回目	円	5,490 円	円
		9-8回目	円	5,090 円	円
		9-9回目	円	5,090 円	円
		風疹/HIV/クラミジア	円	6,180 円	円
		HTLV-1抗体検査	円	3,030 円	円
合 計					円

振 込 先	金融機関名	銀行・農協・金庫		本店・支店
	預金の種類	普 通 ・ 当 座	フリガナ	
	口座番号		口座名義	

- ※ 助成金交付の対象者は受診日当日に石垣市に住民登録がある方に限ります。
- ※ 妊婦健康診査受診票の項目以外の検査等に係る費用は助成の対象となりません。
- ※ 最後の受診日から 1 年以内に、領収書と妊婦健康診査受診票（医師の記入のあるもの）を添えて石垣市健康福祉センターの窓口へ提出してください。期限が過ぎた場合や書類の不備がある場合は助成金の交付はできません。
- ※ 振込先は妊婦健康診査費用助成金を申請した者の指定する口座で申請してください。（通帳の写し添付すること。）