

記入例

赤字部分は全て
ご記入下さい

令和〇年〇月〇日

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

※添付するもの

領収書・健診結果入受診票・通帳コピー

※医療機関・助産所で「明細書」が発行されている場合は、領収書と併せて提出をお願いします。

申請者氏名 石垣 花子

住所 石垣市字登野城1357-1

電話番号 0980-88-0088

石垣印

※押印漏れが無いようお願いします。

受診者	フリガナ 妊婦氏名	イガキ ハコ 石垣 花子	生年月日	S62年7月8日
	住所	石垣市字登野城1357-1		
	母子（親子） 手帳番号	47207-11-〇△□		
受診医療 機関等	医療機関名	〇△□市民病院		
	所在地	福岡 都 道 府 県 〇△□市〇△□番地		

受診月日	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
こちらは担当で記入します。 ※空欄のまま提出おねがいます。					
		第1回目	円	9,000 円	円
			円	5,000 円	円
			円	6,000 円	円
			円	6,000 円	円
			円	6,000 円	円
		9-1回目	円	5,040 円	円
		9-2回目	円	9,820 円	円
		9-3回目	円	5,040 円	円
		9-4回目	円	9,290 円	円
		9-5回目	円	5,040 円	円
		9-6回目	円	9,820 円	円
		9-7回目	円	5,040 円	円
		9-8回目	円	5,040 円	円
		9-9回目	円	5,040 円	円
		風疹/HIV/クラミジア	円	5,640 円	円
		HTLV-1抗体検査	円	2,290 円	円
合計					円

振込先	金融機関名	〇〇 銀行・農協・金庫	△△ 本店 支店
	預金の種類	普通・当座	フリガナ イガキ ハコ 石垣 花子
	口座番号	12345	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年以内までに、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下さい。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ができない場合があります。
- ※ 振込先は妊婦健康診査を受診した本人名義の口座で申請してください。（通帳の写し添付すること）