

## 石垣市産婦健康診査費用（償還払い）助成金交付申請書

石垣市長 様

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			
	親子（母子） 健康手帳番号			
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 産後週数	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	5,000 円	円
		第2回目	円	5,000 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。
- ※ 産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、領収書と産婦健康診査受診票（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ができない場合があります。
- ※ 振込先は産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。（通帳の写しを添付すること。）