様式第１号（第７条関係）

年　　月　　日

平内町長　様

平内町妊産婦健康診査費用助成金支給申請書兼請求書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 交付番号 | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 対象者 | フリガナ | |  | | | | | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日生(　　歳） | | | | | |
| 氏　名 | | 印 | | | | | | | |
| 住　所 | | 平内町大字 | | | | | | | | | | | 出産日又は  分娩予定日 | | | 年　 月　 日 | |
| 電話番号 | |  | | | | | | | | | | |
| 申請者氏名 | | |  | | | | 続柄 | |  | | | 住所 | | |  | | | |
| 電話番号 | | |  | | | |
| 健診項目 | | 受診日 | | | 妊娠週数又は産後週数 | | | | | 医療機関名 | | | | | 請求額 | | | 助成金額 |
| 第１回 | | 年　 月　 日 | | | 妊娠満　　 週 | | | | |  | | | | | 円 | | | 円 |
| 第２回 | | 年　 月　 日 | | | 妊娠満　　 週 | | | | |  | | | | | 円 | | | 円 |
| 第３回 | | 年　 月　 日 | | | 妊娠満　　 週 | | | | |  | | | | | 円 | | | 円 |
| 第４回 | | 年　 月　 日 | | | 妊娠満　　 週 | | | | |  | | | | | 円 | | | 円 |
| 第５回 | | 年　 月　 日 | | | 妊娠満　　 週 | | | | |  | | | | | 円 | | | 円 |
| 第６回 | | 年　 月　 日 | | | 妊娠満　　 週 | | | | |  | | | | | 円 | | | 円 |
| 第７回 | | 年　 月　 日 | | | 妊娠満　　 週 | | | | |  | | | | | 円 | | | 円 |
| 第８回 | | 年　 月　 日 | | | 妊娠満　　 週 | | | | |  | | | | | 円 | | | 円 |
| 第９回 | | 年　 月　 日 | | | 妊娠満　　 週 | | | | |  | | | | | 円 | | | 円 |
| 第10回 | | 年　 月　 日 | | | 妊娠満　　 週 | | | | |  | | | | | 円 | | | 円 |
| 第11回 | | 年　 月　 日 | | | 妊娠満　　 週 | | | | |  | | | | | 円 | | | 円 |
| 第12回 | | 年　 月　 日 | | | 妊娠満　　 週 | | | | |  | | | | | 円 | | | 円 |
| 第13回 | | 年　 月　 日 | | | 妊娠満　　 週 | | | | |  | | | | | 円 | | | 円 |
| 第14回 | | 年　 月　 日 | | | 妊娠満　　 週 | | | | |  | | | | | 円 | | | 円 |
| Nスコア | | 年　 月　 日 | | | 妊娠満　　 週 | | | | |  | | | | | 円 | | | 円 |
| 子宮頸がん | | 年　 月　 日 | | | 妊娠満　　 週 | | | | |  | | | | | 円 | | | 円 |
| 超音波1 | | 年　 月　 日 | | | 妊娠満　　 週 | | | | |  | | | | | 円 | | | 円 |
| 超音波2 | | 年　 月　 日 | | | 妊娠満　　 週 | | | | |  | | | | | 円 | | | 円 |
| 超音波3 | | 年　 月　 日 | | | 妊娠満　　 週 | | | | |  | | | | | 円 | | | 円 |
| 超音波4 | | 年　 月　 日 | | | 妊娠満　　 週 | | | | |  | | | | | 円 | | | 円 |
| ｸﾗﾐｼﾞｱ検査 | | 年　 月　 日 | | | 妊娠満　　 週 | | | | |  | | | | | 円 | | | 円 |
| HTLV-1検査 | | 年　 月　 日 | | | 妊娠満　　 週 | | | | |  | | | | | 円 | | | 円 |
| 産後２週間 | | 年　 月　 日 | | | 産後満　　 週 | | | | |  | | | | | 円 | | | 円 |
| 産後１か月 | | 年　 月　 日 | | | 産後満　　 週 | | | | |  | | | | | 円 | | | 円 |
| 助成金額　合計 | | | | | | | | | | | | | | | 円 | | | 円 |
| 助成金振込先 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 金融機関名 | | | | 本支店名 | | | | 口座種別 | | | | | 口座番号 | | | 口座名義人 | | |
|  | | | |  | | | |  | | | | |  | | |  | | |

添付書類（添付書類欄に☑をつけてください。）

　 １．妊婦委託健康診査受診票又は産婦委託健康診査受診票

　 ２．受診した医療機関の発行する妊婦健診又は産婦健診に係る領収書及び明細書

　 ３．母子健康手帳の「妊娠中の経過」欄又は「出産後の母体の経過」欄写し

　 ４．その他町長が必要と認める書類