

東松山市妊婦健康診査助成金交付申請書

年 月 日

東松山市長 宛て

〒

住 所 東松山市

氏 名

電話番号

東松山市妊婦健康診査助成金交付要綱第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。なお、私は、この申請に基づく助成金の交付決定に当たり、確認等が必要な場合には、市が受診した医療機関に問い合わせることに同意します。

母子健康手帳の交付日		年 月 日	母子健康手帳No.
受診した 医療機関等	名称		
	住所		
	電話番号		

(以下の表は記入しないでください)

添付助成券	基準額	助成金額	備考	添付助成券	基準額	助成金額	備考
1回目	19,860円	円		10回目	8,810円	円	
2回目	5,010円	円		11回目	5,710円	円	
3回目	8,010円	円		12回目	8,110円	円	
4回目	5,010円	円		13回目	5,010円	円	
5回目	5,010円	円		14回目	5,010円	円	
6回目	8,110円	円		H T L V－ 1 抗体検査	3,040円	円	
7回目	5,010円	円					
8回目	5,010円	円		性器クラミ ジア検査	2,000円	円	
9回目	5,010円	円					
					助成金額 合計	円	

(注1) 申請書には、次に掲げる書類を添付してください。

- (1) 受診した検査項目を確認することのできる書類
(検査結果の記載された助成券、母子健康手帳の写しなど)
- (2) 健康診査の受診に際し負担した費用の額を確認することのできる書類
(受診した医療機関の名称及び当該受診の日が明記された領収書の写しなど)

(注2) この申請書を提出する際には、母子健康手帳を持参してください。

(注3) 助成金の交付の申請は、健診の日から起算して1年以内に行ってください。