

別記様式（第4条関係）

下松市妊婦健康診査事業補助金交付申請書（請求書）

年 月 日

下松市長 様

申請者 住所 下松市

氏名

次のとおり妊婦健康診査を受診しましたので、補助金の交付について申請（請求）します。

交付申請額（請求額）【妊婦健康診査】

番号	受診	区 分	受診年月日	申請額（請求額）
1	<input type="checkbox"/>	基本・超音波・初回血液検査・子宮がん	. .	円
2	<input type="checkbox"/>	基本	. .	円
3	<input type="checkbox"/>	基本	. .	円
4	<input type="checkbox"/>	基本・超音波検査	. .	円
5	<input type="checkbox"/>	基本	. .	円
6	<input type="checkbox"/>	基本	. .	円
7	<input type="checkbox"/>	基本	. .	円
8	<input type="checkbox"/>	基本・超音波・血算・血糖	. .	円
	<input type="checkbox"/>	H T L V - 1	. .	円
9	<input type="checkbox"/>	基本	. .	円
10	<input type="checkbox"/>	基本・G B S 検査	. .	円
11	<input type="checkbox"/>	基本	. .	円
12	<input type="checkbox"/>	基本・超音波・血算	. .	円
13	<input type="checkbox"/>	基本	. .	円
14	<input type="checkbox"/>	基本	. .	円
	<input type="checkbox"/>	クラミジア抗原検査	. .	円
合 計 額				円

交付申請額（請求額）【多胎妊婦健康診査】

	受診	区 分	受診年月日	申請額（請求額）
1	<input type="checkbox"/>	適切な時期に、必要に応じた検査 （基本・超音波等）	. .	円
2	<input type="checkbox"/>	適切な時期に、必要に応じた検査 （基本・超音波等）	. .	円
3	<input type="checkbox"/>	適切な時期に、必要に応じた検査 （基本・超音波等）	. .	円
4	<input type="checkbox"/>	適切な時期に、必要に応じた検査 （基本・超音波等）	. .	円
5	<input type="checkbox"/>	適切な時期に、必要に応じた検査 （基本・超音波等）	. .	円
合 計 額				円

振込先

金融機関名		銀行 金庫 組 合	普 ・ 当	本店・本所 支店・支所 出張所
口座番号		フリガナ 口座名義		

母子健康手帳を持参してください。

（添付書類）領収書、妊婦健康診査受診票、多胎妊婦健康診査受診票