

里帰り等妊産婦・乳児健康診査等補助金交付申請書

年 月 日

庄内町長 富樫 透 宛

申請者 住所
氏名
電話

私は、庄内町里帰り等妊産婦等健康診査補助金交付要綱第2条に規定する補助要件に該当しますので、同要綱第5条の規定により補助金の交付を申請します。

1 請求内訳

請求金額 円

2 実施医療機関

医療機関名	所在地	電話

3 振込先

金融機関名		店名	
種 目	普通・当座・その他()		
口座番号			
フリガナ			
口座名義人名			

備考

補助金の内訳を、次の申請額内訳に記入してください。

申請額内訳

受 診 項 目	受診日	自己負担額	補助金交付 申 請 額
妊婦健康診査初回	年 月 日	円	円
子宮頸がん検診	年 月 日	円	円
妊婦健康診査()回目	年 月 日	円	円
妊婦健康診査()回目	年 月 日	円	円
妊婦健康診査()回目	年 月 日	円	円
妊婦健康診査()回目	年 月 日	円	円
妊婦健康診査()回目	年 月 日	円	円
妊婦健康診査()回目	年 月 日	円	円
妊婦健康診査()回目	年 月 日	円	円
妊婦健康診査()回目	年 月 日	円	円
妊婦健康診査()回目	年 月 日	円	円
妊婦健康診査()回目	年 月 日	円	円
H T L V-1抗体検査	年 月 日	円	円
性器クラミジア抗原検査	年 月 日	円	円
超音波検査()回目	年 月 日	円	円
超音波検査()回目	年 月 日	円	円
超音波検査()回目	年 月 日	円	円
超音波検査()回目	年 月 日	円	円
産婦健康診査	年 月 日	円	円
新生児聴覚検査	年 月 日	円	円
1 か月児健康診査	年 月 日	円	円
補助金交付申請額計			円

備考

- 1 補助対象となる健康診査等は、妊産婦健等康診査受診票で受診した健康診査等です。妊婦健康診査15回目から19回目は多胎妊婦に限ります。
- 2 補助金の上限額は、初回10,000円、子宮頸がん検診3,400円、2回目から19回目各回5,000円、H T L V－1抗体検査2,290円、性器クラミジア抗原検査2,100円、超音波検査1回目5,300円、超音波検査2回目から4回目は各回4,770円、産婦健康診査3,000円、新生児聴覚診査3,500円、1か月児健康診査3,000円となります。支払った金額とは異なりますので、ご注意ください。
- 3 領収書を紛失した場合は、医療機関から里帰り等妊産婦・乳児健康診査等補助金交付申請用証明書に記入いただいでください。