

里帰り等妊産婦・乳児健康診査等補助金交付申請書

令和 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
HTLV-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

- 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。
- 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、HTLV-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、新生児聴覚検査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。
- 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してください。