

庄内町里帰り等妊婦健康診査補助金交付申請書

令和 年 月 日

庄内町長 富 樫 透 宛

私は、庄内町里帰り等妊婦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。

申請者	現住所	電話番号 - -		
	フリガナ			
	氏名	旧姓 ()		
	出産予定日	年 月 日	母子健康手帳番号	

備考 母子健康手帳交付後に姓が変わった場合は、旧姓を () 書きください。

補助対象となる妊婦健康診査回数	補助金交付申請額
回	円

里帰り先等妊婦健康診査実施医療機関名	所在地	電話番号

備考

- 1 補助金の内訳を、次の申請額内訳に記入してください。
- 2 補助対象となる健康診査は、妊婦健康診査受診票で受診した健康診査と合算して14回までです。

申請額内訳

	受診回数	受診日	健診時の 妊娠週数	自己負担額	補助金交付 申請額
	補助 対象 となる 健康 診 査	初回	年 月 日	週	円
子宮頸がん検診		年 月 日	週	円	円
2回目		年 月 日	週	円	円
3回目		年 月 日	週	円	円
4回目		年 月 日	週	円	円
5回目		年 月 日	週	円	円
6回目		年 月 日	週	円	円
7回目		年 月 日	週	円	円
8回目		年 月 日	週	円	円
9回目		年 月 日	週	円	円
10回目		年 月 日	週	円	円
11回目		年 月 日	週	円	円
12回目		年 月 日	週	円	円
13回目		年 月 日	週	円	円
14回目		年 月 日	週	円	円
HTLV-1抗体検査		年 月 日	週	円	円
性器クラミジア抗原検査		年 月 日	週	円	円
超音波検査1回目		年 月 日	週	円	円
超音波検査2回目		年 月 日	週	円	円
超音波検査3回目		年 月 日	週	円	円
超音波検査4回目	年 月 日	週	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は、妊婦健康診査受診票で受診した健康診査と合算して14回までです。
- 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14回目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4,770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、医療機関から次の医療機関記入欄に記入いただいでください。

妊婦健康診査実施状況

申請者	郵便番号	
	現住所	
	フリガナ	
	氏名	
	電話番号	- -

医療機関の皆さまへ

この申請書は、庄内町における里帰り時の妊婦健康診査に対する補助金交付申請書です。申請者から依頼がありました際には、次の医療機関記入欄にご記入くださいますよう、よろしくお願いいたします。

問い合わせ先
電話番号 - -

医療機関記入欄	医療機関コード	健診年月日	健診時の妊娠週数	領収金額 (保険適用外分)
			年 月 日	週
		年 月 日	週	円
	医療機関等の所在地	年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円
	医療機関等の名称	年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円
	代表者氏名	年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円
	電話番号	年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円