

(表)  
様式第1号

年 月 日

苅田町長 様

申請者氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

代理人氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_) ⑩

苅田町里帰り等妊婦健康診査費用補助金交付申請書兼請求書

苅田町里帰り等妊婦健康診査費用補助金交付要綱により、関係書類を添えて下記のとおり補助金交付申請兼請求をします。

苅田町がこの申請に必要な住民基本台帳に関する情報について調査すること、医療機関等に妊婦健康診査の受診や支払状況等について照会することに同意します。

補助金は、下記の口座に振り込みをお願いします。

なお、福岡県・大分県・佐賀県医師会に加入する医療機関以外の医療機関又は助産所での妊婦健康診査の受診・支払状況は裏面に記載します。

記

1. 氏 名： \_\_\_\_\_

(妊婦健康診査を受診した人)

2. 生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

3. 住 所： 苅田町 \_\_\_\_\_

4. 電話番号： \_\_\_\_\_

5. 里帰り先等滞在地： \_\_\_\_\_

6. 振込先金融機関

金融機関・支店名		預金種目	口座番号
		普通	
口座名義人			
フリガナ			
氏 名			

※ 口座名義人は、妊婦健康診査を受診した人に限ります。

※ ゆうちょ銀行に振込みをご希望される方は銀行振込用の店名・口座番号を記入してください。

(裏面有)

(裏)

7. 福岡県・大分県・佐賀県医師会に加入する医療機関以外の医療機関又は助産所での妊婦健康診査の受診・支払状況記入欄

※診察と領収書の年月日、支払金額の確認に御利用ください。確認後○をしてください。

(苅田町記入欄)

受診回数	母子手帳に記載された 診察年月日	自己負担額	※領収書 確認欄	補助金交付額
1	年 月 日	円		円
2	年 月 日	円		円
3	年 月 日	円		円
4	年 月 日	円		円
5	年 月 日	円		円
6	年 月 日	円		円
7	年 月 日	円		円
8	年 月 日	円		円
9	年 月 日	円		円
10	年 月 日	円		円
11	年 月 日	円		円
12	年 月 日	円		円
13	年 月 日	円		円
14	年 月 日	円		円
合計		円		円

福岡県・大分県・佐賀県医師会に加入する医療機関以外の医療機関又は助産所での妊婦健康診査の受診・支払状況は上記のとおりです。

請求金額 \_\_\_\_\_ 円

☆ 注意事項

1. 本申請書には次の書類を添付してください。

- ・妊婦健康診査補助券（検査結果、医療機関名等が記載されたもの）
- ・母子健康手帳の「妊娠中の経過(1)(2)」の写し
- ・領収書（受診日、健診の費用及び医療機関名が確認できるもの）の写し

※上記の書類がない場合は申請することができません。

2. 妊婦健康診査補助券にある健診項目以外は補助金の対象とはなりません。

3. 申請の期限は出産の日から1年以内です。

提出先・問い合わせ先

苅田町幸町6-9-1

苅田町総合保健福祉センター（パンジープラザ）

TEL093-436-5115