**令和〇**年　〇月　〇日

**記入例**

**①　日付を記入**

上里町妊婦健康診査助成金交付申請書兼請求書

上里町長　　　　　　　様

**② 郵便番号、住所、氏名（妊婦本人）、電話番号を記入**

住　　所　〒　369-03〇〇　上里町〇〇〇〇

氏　　名　〇〇　　〇〇　　　　　　㊞

**③ シャチハタ印以外で押印**

電話番号　〇〇〇　〇〇〇〇　〇〇〇〇

　上里町妊婦健康診査助成金交付要綱第５条第１項の規定により、添付書類（※）を添えて次のとおり申請及び請求します。

**④ 妊婦健診を受診した医療機関や助産所の名称、電話番号を記入してください。**

　なお、私は、この申請に基づく助成金の交付決定に当たり、確認等が必要な場合には、町が受診した医療機関及び助産所に問い合わせることに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受診した医療機関等 | 名　　称 | 〇〇〇〇クリニック |
| 電話番号 | 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇 |

**⑤ ㋐～㋒を記入**

**㋐ 妊婦健診の受診日を記入**

**㋑ ㋐の支払額を記入（保険適用外（10割負担）の金額）**

**㋒ ㋐で使用した妊婦健診助成券の番号（助成券の上部の番号①～⑭　番号がないものは左記のように助成券の名称を記載）**

**助成券は番号順に使用する必要はありません。**

※助成額は各助成券助成額と支払額を比較していずれか少ないほうになります。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 事務局記入欄（記入不要） |
| 診療年月日　**（㋐）** | 支払額**（㋑）** | 助成券番号**（㋒）** | 確認金額 | 備　考 |
| 令和〇年〇　月　〇　日 | 〇〇〇〇 | ⑩ |  |  |
| 令和〇年〇　月　〇　日 | 〇〇〇〇 | ＨＴＬＶ-１抗体検査 |  |  |
| 令和〇年〇　月　〇　日 | 〇〇〇〇 | ⑫ |  |  |
| 令和〇年〇　月　〇　日 | 〇〇〇〇 | ⑪ |  |  |
| 　　年　　月　　日 |  |  |  |  |
| 　　年　　月　　日 |  |  |  |  |
| 　　年　　月　　日 |  |  |  |  |
| 　　年　　月　　日 |  |  |  |  |
| 　　年　　月　　日 |  |  |  |  |
| 　　年　　月　　日 |  |  |  |  |
| 　　年　　月　　日 |  |  |  |  |
| 　　年　　月　　日 |  |  |  |  |
| 　　年　　月　　日 |  |  |  |  |
| 　　年　　月　　日 |  | **⑥振込先を記入****妊婦本人名義の口座を記入** |  |  |

**記入しないでください。**

申請金額　　　金　　　　　　　　　　　　　　円

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関の名称 | 銀行・信用金庫〇〇〇　　　農協・（　） | 〇〇〇　　　本店・支店 |
| 預金の種類 | １　普通　　　　２　当座 | 口座番号 | №　〇〇〇〇 |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | 　〇〇〇　　〇〇〇 |
| 口座名義人 | 　〇〇〇　　〇〇〇 |

　※添付書類

1. 母子健康手帳の写し
2. 医療機関及び助産所で受診した結果等、必要事項が記載された助成券（市町村保管分）
3. 診療月日と同日付の領収書の写しその他健康診査の受診に際し負担した費用の額を確認することができる書類