

南城市県外医療機関等妊婦及び産婦健康診査費助成金交付申請書

南城市長 殿

申請者氏名 _____ 印

住 所 _____

電 話 番 号 _____

(自署又は記名押印)

受診者	フリガナ 妊婦氏名		生年月日	
	住 所			
	母子(親子) 手帳番号			

南城市県外医療機関等妊婦及び産婦健康診査費助成に関する要綱に基づき、下記のとおり申請します。

受診月日	受診時数 週 数	受診票の種類	支払った額(円) A	助成限度額(円) B	申請額(円) AとBの内少ない額
		1回目		9,000	
		2回目		5,000	
		3回目		6,000	
		4回目		6,000	
		5回目		6,000	
		9—1回目		5,040	
		9—2回目		9,820	
		9—3回目		5,040	
		9—4回目		9,290	
		9—5回目		5,040	
		9—6回目		9,820	
		9—7回目		5,040	
		9—8回目		5,040	
		9—9回目		5,040	
		風疹/HIV/ クラミジア		5,640	
		HTLV—1		2,290	
		産婦健診(1 回目)		5,000	
		産婦健診(2 回目)		5,000	
合 計					

振 込 先	金融機関名	銀行・農協・金庫		本店・支店
	預金の種類	普通 ・ 当座	フリガナ	
	口座番号		口座名義	

※妊婦及び産婦健診費用を受診者が負担された場合は、県外医療機関で受診した後、申請する当該健診最終受診の日から起算して1年以内に、領収書と妊婦及び産婦健診受診票、エジンバラ産後うつ病質問票(E P D S)、赤ちゃんへの気持ち質問票を添えて、「妊婦及び産婦健康診査費助成金交付申請書」を提出して下さい。(振込口座等の確認があります。)

※領収書をなくした場合は、医療機関の発行する証明書で代えることもできます。(ただし、証明書発行の手数料は助成の対象にはなりません。)

※妊婦及び産婦健康診査受診票の項目以外の検査等に係る費用は助成の対象となりません。

※ 振込先は、本人名義の口座となります。