

吉見町妊婦健康診査助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

吉見町長

様

住 所
申請者 氏 名
電話番号

吉見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、次のとおり申請します。

なお、審査に際して確認等が必要な場合には、町が妊婦健康診査を受けた医療機関等に問い合わせることに同意します。

母子健康手帳の交付日	年 月 日	母子健康手帳 No.	
受診した医療機関等	名称		
	住所		
	電話番号		

添付受診票等(県要領第 6 項第 1 号アで定めるもの)	支払額	基準額	備考
妊婦健康診査受診票	1 回目 円	円	
妊婦健康診査助成券	2 回目	円	
	3 回目	円	
	4 回目	円	
	5 回目	円	
	6 回目	円	
	7 回目	円	
	8 回目	円	
	9 回目	円	
	10 回目	円	
	11 回目	円	
	12 回目	円	
	13 回目	円	
	14 回目	円	
	妊婦HIV抗体検査受診票	円	円
子宮頸がん検診受診票	円	円	
ヒト白血病ウイルス 1 型(HTLV-1)抗体検査受診票	円	円	
性器クラミジア(クラミジアトラコマチス核酸同定)検査受診票	円	円	

金融機関の名称	銀行 信用金庫 農協		本店 支店
預金の種類	1 普通 2 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			