

米沢市里帰り等妊婦健康診査助成金交付申請書

**記入例**

日付は来所日を記入

令和 年 月 日

米沢市長 あて

次のとおり米沢市里帰り等妊婦健康診査助成金を申請します。また、領収書の内容について医療機関に照会することに同意します。

1 申請者について

フリガナ 氏名	ヨネザワ ハルコ 米沢 春子 ※母子手帳交付時と姓が変わった方 旧姓 ( 山形 )		
現住所	〒 992 -8501 米沢市金池五丁目2番25号 ※妊婦健康診査を受診した際に上記の住所と違った場合のみ下記に記入 (米沢市)		
生年月日	昭和・平成 ○○年 ○○月 ○○日		
電話番号	☎ 0238—○○—×××× 携帯電話 ( 090-0000-0000 )		
出産日	令和 ○○年 ○○月 ○○日	母子手帳番号	310000

母子健康手帳の表紙に記載してある米沢市の番号

2 妊婦健康診査実施状況

申請する欄に○をつけて、所定の項目を記入してください。太枠の中は記入しないでください。

申請	助成対象となる 健診受診年月日	健診時の 妊娠週数	医療機関名	自己負担額	助成 上限額	助成金申請額
○	令和元年5月2日	37週	○○病院	円	円	円
○	令和元年5月9日	38週	○○産婦人科医院	円	5,000円	円
	令和 年 月 日	週		円	5,000円	円
	令和 年 月 日	週		円	5,000円	円
	令和 年 月 日	週		円	5,000円	円
	令和 年 月 日	週		円	5,000円	円
	令和	母子健康手帳・領収書と確認		何も記入しない		円
	令和			円	5,000円	円
	令和 年 月 日	週		円	5,000円	円
	令和 年 月 日	週		円	5,000円	円
	令和 年 月 日	週		円	5,000円	円
	令和 年 月 日	週		円	5,000円	円
	令和 年 月 日	週		円	5,000円	円
1回目	令和 年 月 日	週	超音波検査について 記入してください	円	5,300円	円
2回目	令和 年 月 日	週		円	4,770円	円
3回目	令和 年 月 日	週		円	4,770円	円
4回目	令和 年 月 日	週		円	4,770円	円
	令和 年 月 日	週		円	2,290円	円
	令和 年 月 日	週	<HTLV-1抗体検査>	円	2,100円	円
	令和 年 月 日	週	<クラミジア抗原検査>	円	3,400円	円
	令和 年 月 日	週	<子宮頸がん検診>	円		円
助成金申請合計額						円

3 振込み先金融機関

請求者(妊婦)名義の口座を記入してください。

通帳を確認のうえ、記入してください

金融機関名	○○○ 銀行 信用金庫 農協	○○○ 本店 支店 出張所	① 普通 2 当座	口座番号	0	1	2	3	4	5	6
口座名義人(カナで記入)	ヨネザワ ハルコ										