様式第１号

米沢市里帰り等妊婦健康診査助成金交付申請書

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	※母子健康手帳交付時と姓が変わった方　旧姓（　　）		
現住所	〒　　－ ※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	☎　　―　　―　　携帯電話（　　－　　－　　）		
出産日	令和　　年　　月　　日	母子健康手帳番号	

２　妊婦健康診査実施状況

申請する欄に〇をつけて、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。

網掛け部分は超音波検査について記入してください。

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　年　月　日	週		円	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
	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
	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		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 ＜ＨＴＬＶ-１抗体検査＞	週		円 回目	2,290 円	円
	令和　年　月　日 ＜クラミジア抗原検査＞	週		円 回目	2,100 円	円
	令和　年　月　日 ＜子宮頸がん検診＞	週		円 回目	3,400 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。

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							
口座名義人(カナで記入)											