

神栖市妊産婦一般健康診査費用助成金申請書兼請求書

申請No. _____ 年 月 日
 神栖市長 様

妊産婦一般健康診査における費用助成について、神栖市妊産婦及び乳児一般健康診査助成事業実施要項第10条の規定に基づき関係書類を添えて申請及び請求します。

申請者 ・ 請求者	フリガナ 氏名	-----		受診者との続柄
	住所	〒 神栖市		
	電話番号			
助成申請する受診票 受診票番号に○をつける		妊婦一般健康診査：1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 産婦一般健康診査：1 2		
妊産婦健康 診査受診者名	フリガナ 氏名	宛番	生年月日	
	住所	〒 神栖市		
	電話番号	母子手帳番号		
振込口座	金融機関名	銀行 金庫 組合	店 支店 出張所	普通・当座 該当を○で囲む
	口座番号	フリガナ 口座名義人	-----	

〈個人情報の取り扱いについて〉

記入された個人情報については、妊産婦一般健康診査助成金の手続き以外に使用いたしません。

妊産婦一般健康診査受診票	助成金額上限	受診者支払額	支払額と助成金額上限の いずれか低い金額
① 妊娠8週前後	20,550円	円	円
② 妊娠12週前後	5,000円	円	円
③ 妊娠16週前後	5,000円	円	円
④ 妊娠20週前後	8,500円	円	円
⑤ 妊娠24週前後	5,000円	円	円
⑥ 妊娠26週前後	6,000円	円	円
⑦ 妊娠28週前後	5,000円	円	円
⑧ 妊娠30週前後	10,600円	円	円
⑨ 妊娠32週前後	5,000円	円	円
⑩ 妊娠34週前後	5,000円	円	円
⑪ 妊娠36週前後	8,000円	円	円
⑫ 妊娠37週前後	8,500円	円	円
⑬ 妊娠38週前後	5,000円	円	円
⑭ 妊娠39週前後	5,000円	円	円
① 産後2週間頃	5,000円	円	円
② 産後1か月頃	5,000円	円	円

請求金額 _____ 円