

申請者 住 所 泉大津市

氏 名 (印)

電話番号

泉大津市妊婦健康診査助成金交付申請(請求)書

次の通り、必要書類を添付のうえ妊婦健康診査助成金の交付を申請(請求)します。

Table with 5 rows: 妊婦氏名, 妊婦の住所, 電話番号, 受診機関名称, 受診機関所在地, 受診機関電話番号. Includes birth date and delivery date fields.

Main table with 6 columns: 受診券通し番号, 補助券, 受診日, 領収書10割負担分記載金額, 泉大津市助成金額. Rows 1-19, with a '多胎用' section for rows 15-19.

※領収書記載金額は、医療保険適用分を除いた、妊婦健診料(10割負担分)の額をお書きください。

※助成金額は、以下の通りです。

Table with 2 columns: 受診日, 助成金額. Includes text: 平成30年4月以降 受診券1は13,840円、2～19は1枚あたり6,000円、補助券は1枚あたり2,500円が上限。

(添付書類)

- 1. 泉大津市 妊婦健康診査受診券(兼結果通知票)(切り離し無効です)
2. 当該受診機関発行の領収証書(原本)

Table for bank transfer details: 振込希望金融機関, 銀行 農協, 口座種別, 口座番号, 口座名義(カタカナ), 普通 当座.

※支店名も必ずお書きください。ゆうちょ銀行の場合は記号番号もお書きください。

※泉大津市処理欄

Table for processing details: 申請番号, 年度, 交付・不交付決定年月日, 交付金額, 受付者.