

泉大津市長様

年月日

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。

妊婦氏名		生年月日	年月日
妊婦の住所	泉大津市		
電話番号		出産日	年月日
受診機関名称			
受診機関所在地			
受診機関電話番号			

	受診券通し番号	補助券 (この欄は記入しないでください)	受 診 日	領収書10割負担分 記載金額	泉大津市助成金額 (この欄は記入しないでください)
1	回目分	枚 円	年月日	円	円
2	回目分	枚 円	年月日	円	円
3	回目分	枚 円	年月日	円	円
4	回目分	枚 円	年月日	円	円
5	回目分	枚 円	年月日	円	円
6	回目分	枚 円	年月日	円	円
7	回目分	枚 円	年月日	円	円
8	回目分	枚 円	年月日	円	円
9	回目分	枚 円	年月日	円	円
10	回目分	枚 円	年月日	円	円
11	回目分	枚 円	年月日	円	円
12	回目分	枚 円	年月日	円	円
13	回目分	枚 円	年月日	円	円
14	回目分	枚 円	年月日	円	円
多胎用	15	枚 円	年月日	円	円
	16	枚 円	年月日	円	円
	17	枚 円	年月日	円	円
	18	枚 円	年月日	円	円
	19	枚 円	年月日	円	円

※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。

受診日	助成金額
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)

- 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)
- 当該受診機関発行の領収証書(原本)
- 母子健康手帳 該当ページの写し

振込希望 金融機関	(支店)	銀行	口 座 種 别	普通	当座
		農協	口 座 番 号		
			口座名義(カタカナ)		

※支店名も必ずお書きください。ゆうちょ銀行に振込希望で支店名がわからない場合は記号番号もお書きください。

※泉大津市処理欄

申請番号	年度 NO.	交付・不交付決定年月日 年月日	交 付 金 額 円	受付者
------	-----------	--------------------	--------------	-----