

(表)

様式第1号(第4条関係)

小山市妊産婦健康診査助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

小山市長 様

申請者 住 所
氏 名
連絡先

小山市妊産婦健康診査助成金交付要綱第4条の規定により、次のとおり申請及び請求します。

妊産婦氏名		生年月日	年 月 日
受診医療機関	名称		
	所在地		
交付申請額 (請求額)	_____円 ※ 記載する金額は裏面に記載する健康診査の金額の合計額と同額とすること。		
振 込 先	金融機関名		支店名等
	種 別	普通 ・ 当座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義		
添付書類	(1) 委託医療機関以外の医療機関が発行した健康診査に係る領収書の写し (2) 次のいずれかに該当する書類 ア 健康診査の結果が記載された妊婦健康診査受診票又は産婦健康診査受診票 イ 母子健康手帳の写しその他の健康診査を受けたことを証する書類		

- 提出期限は、妊婦一般健康診査は最終の妊婦一般健康診査を受診した日から、産後1か月健康診査は当該産後1か月健康診査を受診した日から1年以内とする。

(裏)

区分	回数	健康診査受診日	金額※	限度額
妊 婦 一 般 健 康 診 査	1	年 月 日	円	20,000 円
	2	年 月 日	円	5,000 円
	3	年 月 日	円	5,000 円
	4	年 月 日	円	5,000 円
	5	年 月 日	円	5,000 円
	6	年 月 日	円	5,000 円
	7	年 月 日	円	5,000 円
	8	年 月 日	円	11,000 円
	9	年 月 日	円	5,000 円
	10	年 月 日	円	5,000 円
	11	年 月 日	円	9,000 円
	12	年 月 日	円	5,000 円
	13	年 月 日	円	5,000 円
	14	年 月 日	円	5,000 円
	多 胎 妊 娠	①	年 月 日	円
②		年 月 日	円	5,000 円
③		年 月 日	円	5,000 円
④		年 月 日	円	5,000 円
⑤		年 月 日	円	5,000 円
産後1か月健康診査		年 月 日	円	5,000 円
合 計 額			円	

※ 実際に医療機関に支払った金額と各限度額のうち、いずれか低い金額を記入すること。