

藤枝市妊婦健康診査費助成金交付申請書

申請日： 年 月 日

藤 枝 市 長

住 所

申請者 電話番号（ ）

氏 名



藤枝市妊婦健康診査費助成事業実施要綱第10条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

(フリガナ)	()	生年月日	年 月 日 (歳)
受診者氏名			
住 所	〒 電話番号 ()		
出 産 予 定 日	年 月 日		
実 施 機 関 名	(医療機関 ・ 助産所)		
振 込 先	金融機関名	銀行・金庫・農協	預金種別 普通・当座
	口座番号	支店	
	(フリガナ) ※口座名義人	()	
申 請 額 (合 計)	円		
内 訳	初 回 :	円 (上限18,930円)	(年 月 日受診)
	第2回 :	円 (上限 4,000円)	(年 月 日受診)
	超音波 ① :	円 (上限 5,300円)	(年 月 日受診)
	第3回 :	円 (上限 4,000円)	(年 月 日受診)
	第4回 :	円 (上限 4,000円)	(年 月 日受診)
	超音波 ② :	円 (上限 5,300円)	(年 月 日受診)
	第5回 :	円 (上限 4,000円)	(年 月 日受診)
	第6回 :	円 (上限 4,000円)	(年 月 日受診)
	第7回 :	円 (上限 4,000円)	(年 月 日受診)
	第8回 :	円 (上限 4,000円)	(年 月 日受診)
	第9回 :	円 (上限 4,000円)	(年 月 日受診)
	第10回 :	円 (上限 4,000円)	(年 月 日受診)
	超音波 ③ :	円 (上限 5,300円)	(年 月 日受診)
	第11回 :	円 (上限 4,000円)	(年 月 日受診)
第12回 :	円 (上限 4,000円)	(年 月 日受診)	
第13回 :	円 (上限 4,000円)	(年 月 日受診)	
超音波 ④ :	円 (上限 5,300円)	(年 月 日受診)	
血液検査 :	円 (上限 3,260円)	(年 月 日受診)	
血算検査 :	円 (上限 1,710円)	(年 月 日受診)	
GBS検査 :	円 (上限 1,700円)	(年 月 日受診)	
第14回 :	円 (上限 4,000円)	(年 月 日受診)	



※口座名義人が受診者と異なる場合は、委任状が必要です。



交付決定額	円	承認・不承認 決定年月日	年 月 日
-------	---	-----------------	-------