

別記様式第3号（第12条関係）

足利市妊産婦健康診査助成申請書

年 月 日

足利市長 へ

下記のとおり、妊産婦健康診査を受診しましたので、領収書の写し及び妊産婦健康診査受診票を添えて、足利市妊産婦健康診査費用の助成を申請します。なお、本申請に係る審査のため、住民登録情報の閲覧と必要時、市が受診医療機関等に受診状況等の確認を行うことについて承諾します。

ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日
住所		電話番号	

1 受診医療機関等

名称		電話番号	
所在地			

2 申請額等

助成対象健診	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目	7回目
健診日							
助成申請額(円)							
助成対象健診	8回目	9回目	10回目	11回目	12回目	13回目	14回目
健診日							
助成申請額(円)							
助成対象健診	15回目	16回目	17回目	18回目	19回目	産後2週間	産後1カ月
健診日							
助成申請額(円)							

* 15回目から19回目は多胎妊婦のみ

* 上限額：1回目20,000円、8回目11,000円
11回目9,000円、その他5,000円

合計	円
----	---

3 振込先

銀行	本店	店番号	口座番号	種別	口座名義人 (カタカナ)
金庫	支店			1 普通	
組合	支所			2 当座	

※申請者と口座名義人は同一としてください。

※妊産婦健康診査を受診した日の属する月の翌月の初日から起算して1年以内に申請してください（期限を超過した場合は受付できません）。