

(新)

様式第2号（第8条関係）

行田市妊婦健康診査助成金交付申請書兼請求書

行田市長

行田市妊婦健康診査助成金の交付を受けたいので、行田市妊婦健康診査助成要綱第8条第1項の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

また、当該申請の審査に当たって行う確認事項（住民基本台帳の閲覧、医療機関への照会等）に係る調査について同意します。

ふりがな		生年月日	年    月    日
妊婦氏名	(旧姓                      )		
現住所	〒                      —                      — 電話番号：                      —                      —		
受診医療機関等	医療機関等名： 所在地： 電話番号：                      —                      —		
申請額	円		
添付書類	<input type="checkbox"/> 未使用の妊婦健康診査助成券（2枚複写の行田市発行のもの） <input type="checkbox"/> 母子健康手帳（「表紙」及び「妊娠中の経過」の写し） <input type="checkbox"/> 健診を受診した医療機関及び助産所が発行した領収書及び診療明細書（審査終了後、返却します。）又は行田市妊婦健康診査実施証明書（領収書を紛失した方のみ） <input type="checkbox"/> 助成金の振込を希望する金融機関の口座名義及び口座番号が分かるものの写し		
妊娠期間中の行田市への転出入		無 ・ 有	転出入日                      年                      月                      日
受診日における住所	*現住所と異なる場合はご記入ください 〒                      —		
申請日：                      年                      月                      日  申請者（請求者）氏名 _____			

助成金は、次の口座に振り込んでください。（行田市妊婦健康診査助成金の受領権限を次の口座名義人に委任します。委任する場合のみ、申請者（請求者）の押印が必要）

口座振込記入欄	金 融 機 関 名				本 ・ 支 店 名				種 別			
	銀 行				本 店				1    普 通 2    当 座			
	信用金庫				支 店							
	農 協				支 所							
	信用組合				出張所							
	金融機関コード				店舗コード				口 座 番 号			
フリカナ				検 収				債権者コード				
口座名義				年                      月                      日    印								

(新)

助成券を使用せず受診した助成を申請する妊婦健康診査の受診日及び支払状況は、次のとおりです。

助成券を使用せず受診した助成を申請する妊婦健康診査の受診日及び支払状況記入欄

\* 太枠内を記入してください。

区分	申 請 者 記 入 欄		市 記 入 欄			
	受診日	領収書の金額のうち 健康保険適用外 自己負担額	領収書金額確認	色	基準額	決定助成額
HIV 抗体検査	年 月 日	円	円	桃	2,290 円	円
子宮頸がん検査	年 月 日	円	円	桃	3,500 円	円
1 回目	年 月 日	円	円	桃	14,070 円	円
2 回目	年 月 日	円	円	白	5,010 円	円
3 回目	年 月 日	円	円	青	8,010 円	円
4 回目	年 月 日	円	円	白	5,010 円	円
5 回目	年 月 日	円	円	白	5,010 円	円
6 回目	年 月 日	円	円	青	8,110 円	円
7 回目	年 月 日	円	円	白	5,010 円	円
8 回目	年 月 日	円	円	白	5,010 円	円
9 回目	年 月 日	円	円	白	5,010 円	円
10 回目	年 月 日	円	円	青	8,810 円	円
11 回目	年 月 日	円	円	白	5,710 円	円
12 回目	年 月 日	円	円	青	8,110 円	円
13 回目	年 月 日	円	円	白	5,010 円	円
14 回目	年 月 日	円	円	白	5,010 円	円
HTLV-1 抗体検査	年 月 日	円	円	黄	3,040 円	円
性器クラミジア検査	年 月 日	円	円	黄	2,000 円	円
助成決定額合計						円

\* 助成額は基準額を上限とします。

受付者

市確認欄

要件確認	<input type="checkbox"/> 住所（受診日時点） <input type="checkbox"/> 申請日（分娩日又は最後の妊娠健康診査日から 6 月以内） <input type="checkbox"/> 医療機関等（委託契約外）
------	--