

柴田町妊産婦健康診査助成金交付申請書

年 月 日

柴田町長

殿

私は、柴田町妊産婦健康診査助成事業実施要綱第8条の規定により、助成金の交付を申請します。

申請者	(ふりがな) 氏名	Ⓜ	母子健康 手帳番号	
	生年月日		電話番号	
	住所	〒		

妊産婦健康診査 実施医療機関等名	所在地	電話番号

※宮城県外の医療機関等に限る。

妊産婦健康診査実施状況（申請欄に○を付け所定の項目を御記入ください。）

申請	検診の区分	健診受診年月日	健診時の 妊娠週数等	自己負担額	助成金申請額
	初回健診時	年 月 日	週	円	円
	2回目(12～15週前後)	年 月 日	週	円	円
	3回目(16～19週前後)	年 月 日	週	円	円
	4回目(20～23週前後)	年 月 日	週	円	円
	5回目(24～25週前後)	年 月 日	週	円	円
	6回目(26～27週前後)	年 月 日	週	円	円
	7回目(28～29週前後)	年 月 日	週	円	円
	8回目(30～31週前後)	年 月 日	週	円	円
	9回目(32～33週前後)	年 月 日	週	円	円
	10回目(34～35週前後)	年 月 日	週	円	円
	11回目(36週前後)	年 月 日	週	円	円
	12回目(37週前後)	年 月 日	週	円	円
	13回目(38週前後)	年 月 日	週	円	円
	14回目(39週前後)	年 月 日	週	円	円
	産後2週間頃	年 月 日	産後 日	円	円
	産後1か月頃	年 月 日	産後 日	円	円
助成金申請合計額					円

※ 助成金の上限額は、初回25,790円、2回目～10回目6,500円、11回目～14回目8,500円、産後2週間～1か月頃5,000円となります（多胎妊娠の場合の2回目から14回目までの助成金額は、当該助成金の上限額に胎児の数を乗じた金額となります）。ただし、実費支払額が上限額に満たない場合は、実費支払額が助成金の額となります。

※ 領収書の写しを添付してください。なお、領収書を紛失した場合は、裏面の各項目について医療機関で記入してもらってください。

(裏)

妊産婦健康診査実施状況

申請者	住所	〒
	(ふりがな) 氏名	
	電話番号	-

医療機関等の皆様へ

この申請書は、柴田町に住所を有する妊産婦が宮城県外の医療機関等で受診する妊産婦健康診査に対する助成金の交付申請書です。

申請者から依頼がありました際には、下記の項目について御記入くださいますようお願いいたします。

問合せ先 柴田町役場 健康推進課

電 話 0224-55-2160

県外 医療 機関 等 記 入 欄	医療機関コード 医療機関等の所在地 医療機関等の名称 管理者氏名 電話番号	健診年月日	健診時の 妊娠週数等	領収金額 (保険適用外分)
		年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円
		年 月 日	産後 日	円
		年 月 日	産後 日	円