

向日市妊産婦健康診査助成金交付申請書兼請求書

申請者（請求者）

（宛先）向日市長

住 所

（ふりがな）

氏 名

電話番号

向日市妊産婦健康診査助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

交付申請額		円		
氏名		年	月	日生
母子健康手帳番号				
検査項目		受診No.	健診受診日	領収額
妊婦 基本健診	<ul style="list-style-type: none"> ・問診、診察 ・体重測定 ・血圧測定 ・尿検査 ・保健指導 	1	年 月 日	
		2	年 月 日	
		3	年 月 日	
		4	年 月 日	
		5	年 月 日	
		6	年 月 日	
		7	年 月 日	
		8	年 月 日	
		9	年 月 日	
		10	年 月 日	
		11	年 月 日	
		12	年 月 日	
		13	年 月 日	
		14	年 月 日	
妊婦 多胎基本健診	<ul style="list-style-type: none"> ・問診、診察 ・体重測定 ・血圧測定 ・尿検査 ・保健指導 	多胎1	年 月 日	
		多胎2	年 月 日	
		多胎3	年 月 日	
		多胎4	年 月 日	
		多胎5	年 月 日	
		多胎6	年 月 日	
妊婦 血液検査	貧血 血糖	15	年 月 日	
	血液型	16	年 月 日	
	貧血 血糖	17	年 月 日	
	貧血	18	年 月 日	
妊婦 免疫検査	B型、C型肝炎検査他	19	年 月 日	
妊婦	B群溶血性レンサ球菌検査	20	年 月 日	
妊婦	HIV抗体価検査	21	年 月 日	
妊婦	子宮頸がん検査	22	年 月 日	
妊婦 超音波検査		23	年 月 日	
		24	年 月 日	
		25	年 月 日	
		26	年 月 日	
妊婦 多胎超音波検査	多胎超音波1		年 月 日	
	多胎超音波2		年 月 日	
	多胎超音波3		年 月 日	
妊婦	HTLV-1	27	年 月 日	
妊婦	性器クラミジア検査	29	年 月 日	
産婦	産婦健康診査1回目		年 月 日	
	産婦健康診査2回目		年 月 日	

次の口座を振り込み先に指定します。

金融機関名	銀行 金庫 農協	支店	普通 ・ 当座
口座番号	フリガナ	口座名義	

申請にあたってのお願い

- ①医療機関が発行する領収書（コピー可）、受診券（受診日、医療機関名、健康診査所見の記載が必要）、母子健康手帳の妊婦健診結果欄の写し、産婦健康診査結果欄の写しを添付してください。
- ②向日市が発行する妊産婦健康診査受診券を使用して、既に健診を受診された場合は、助成の対象になりません。
- ③助成金交付申請は、受診された回数分をまとめて申請していただけます。申請は**健診受診日から1年以内**に行ってください。