

**記入例**

**向日市妊産婦健康診査助成金交付申請書兼請求書**

(宛先) 向日市長

申請者 (請求者)

住 所

(ふりがな)

氏 名

電話番号

**健診を受けられた方の  
住所・氏名・電話番号を  
ご記入ください。**

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	
基本健診 ・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			
	5			
	6			
	7			
	8	年 月 日		
	9	年 月 日		
	10	年 月 日		
	11	年 月 日		
	12	年 月 日		
	13	年 月 日		
	多胎基本健診 ・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		
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	
免疫検査	B型、C型肝炎検査他	19	年 月 日	
B群溶血性レンサ球菌検査		20	年 月 日	
HIV抗体価検査		21	年 月 日	
子宮頸がん検査		22	年 月 日	
超音波検査		23	年 月 日	
		24	年 月 日	
		25	年 月 日	
		26	年 月 日	
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	
HTLV-1		27	年 月 日	
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	

**妊婦健診でかかった費用分をご記入ください。  
(保険内診療費や、文書料は含まれません)**

**交付申請額は、領収額か助成上限額かの  
いずれか低い方となります。**

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 (コピーの写し、産婦健康診査結果欄の写し)
- ②向日市が発行する妊産婦健康診査受
- ③助成金交付申請は、受診された回数

**振込先口座は、【申請者名義の口座】を指定してください。  
やむをえず、申請者名以外の口座を希望される場合は、お問い合わせください。  
通帳等をご確認の上、金融機関名、口座番号をまれなくご記入ください。**