

向日市妊婦健康診査助成金交付申請書

(宛先) 向日市長

申請者(請求者)
住 所
氏 名

電話番号

向日市妊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

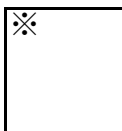
交付申請額					円
氏名			平成・昭和	年	月 日生
母子健康手帳番号					
検査項目	受診No.	健診受診日			領収額
基本健診 ・問診、診察 ・体重測定 ・血圧測定 ・尿検査 ・保健指導	1	令和	年	月 日	
	2	令和	年	月 日	
	3	令和	年	月 日	
	4	令和	年	月 日	
	5	令和	年	月 日	
	6	令和	年	月 日	
	7	令和	年	月 日	
	8	令和	年	月 日	
	9	令和	年	月 日	
	10	令和	年	月 日	
	11	令和	年	月 日	
	12	令和	年	月 日	
	13	令和	年	月 日	
	14	令和	年	月 日	
多胎基本健診 ・問診、診察 ・体重測定 ・血圧測定 ・尿検査 ・保健指導	多胎1	令和	年	月 日	
	多胎2	令和	年	月 日	
	多胎3	令和	年	月 日	
	多胎4	令和	年	月 日	
	多胎5	令和	年	月 日	
	多胎6	令和	年	月 日	
血液検査	貧血 血糖	15	令和	年	月 日
	血液型	16	令和	年	月 日
	貧血 血糖	17	令和	年	月 日
	貧血	18	令和	年	月 日
免疫検査	B型、C型肝炎検査他	19	令和	年	月 日
B群溶血性レンサ球菌検査		20	令和	年	月 日
HIV抗体価検査		21	令和	年	月 日
子宮頸がん検査		22	令和	年	月 日
超音波検査		23	令和	年	月 日
		24	令和	年	月 日
		25	令和	年	月 日
		26	令和	年	月 日
多胎超音波検査	多胎超音波1		令和	年	月 日
	多胎超音波2		令和	年	月 日
	多胎超音波3		令和	年	月 日
HTLV-1		27	令和	年	月 日
性器クラミジア検査		29	令和	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)、母子健康手帳の健診結果欄のコピーを添付してください。
- ②向日市が発行する妊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**受診後1年以内**におこなってください。



※印は記入しないで下さい