

関市長 様

申請日を記入

年 月 日

申請者(受診者) 住所 関市日ノ出町1丁目3番地3

氏名 関 花 子

電話・FAX 22-2222

自署又は記名・押印

妊婦健康診査費助成金交付申請書

妊婦健康診査費助成金の交付を受けたいので、関市妊婦健康診査の実施及び助成に関する要綱第10条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

種 別	日付	本人支払い額	* 助成金限度額	* 助成金額
1 基本健診+初回血液検査+子宮頸がん検診 +HTLV-1抗体検査		円	円	円
2 基本健診+超音波検査		円	円	円
3 基本健診	4/1	円	円	円
4 基本健診+超音波検査	5/5	円	円	円
5 基本健診	6/6	円	円	円
6 基本健診+クラミジア抗原検査		円	円	円
7 基本健診+血算+血糖		円	円	円
8 基本健診+超音波検査		円	円	円
9 基本健診		円	円	円
10 基本健診+B群溶血性連鎖球菌検査		円	円	円
11 基本健診+血算		円	円	円
12 基本健診+超音波検査		円	円	円
13 基本健診		円	円	円
14 基本健診		円	円	円
合 計		* 助成金額合計		円

本人支払い額は記入し
ないで下さい。

* 市記入欄

注意事項 「受診結果記入済み受診票」及び「受診日の領収書」を必ず添付して、関市保健センターへ提出してください。

日付は記入しないで
下さい。

別記様式第7号（第10条関係）

年 月 日

関市長 様

妊婦ご本人の氏名を
記入。

住 所 関市日ノ出町1丁目3番地3

氏 名 関 花 子

自署又は記名・押印

妊婦健康診査費助成金交付請求書

年 月 日付け関指令 第 号で交付決定を受けた妊婦健康診査費助成金の交付を受けたいので、関市妊婦健康診査の実施及び助成に関する要綱第10条第3項の規定により、次のとおり請求します。

- 1 請求金額 金 円
- 2 振込先

金融機関名	関	銀行 金庫 組合 農協	本店 支店 出張所
預貯金種別	普通・当座	口座番号	11111111
フリガナ	セキハナコ		
口座名義人	関花子		

ゆうちょの場合は、
記号番号を記入
してください。

妊婦ご本人の口座を
記入。