

令和 年 月 日

関市長 様

申請者(受診者) 住所 関市  
 氏名 \_\_\_\_\_ 印  
 電話・FAX \_\_\_\_\_

### 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	20,320 円	円
2 基本健診＋超音波検査		円	11,150 円	円
3 基本健診		円	5,850 円	円
4 基本健診＋超音波検査		円	11,150 円	円
5 基本健診		円	5,850 円	円
6 基本健診＋クラミジア抗原検査		円	9,790 円	円
7 基本健診＋血算＋血糖		円	9,160 円	円
8 基本健診＋超音波検査		円	11,150 円	円
9 基本健診		円	5,850 円	円
10 基本健診＋B群溶血性連鎖球菌検査		円	9,450 円	円
11 基本健診＋血算		円	7,610 円	円
12 基本健診＋超音波検査		円	11,150 円	円
13 基本健診		円	5,850 円	円
14 基本健診		円	5,850 円	円
合 計			* 助成金額合計	円

\* 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。

年 月 日

関市長 様

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

### 妊婦健康診査費助成金交付請求書

年 月 日付け関市指令市健第 \_\_\_\_\_ 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	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		
フリガナ				
口座名義人				

関市長 様

令和 2年 4月 1日

申請者(受診者) 住所 関市日出町1丁目3番地3  
 氏名 関 花子 (関)  
 電話・FAX 24-0111

## 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	4/1	円	20,320円	円
2 基本健診+超音波検査	5/5	円	11,150円	円
3 基本健診	6/6	円	5,850円	円
4 基本健診+超音波検査	7/7	円	11,150円	円
5 基本健診	本人支払額、助成金額は 記入しないでください。		5,850円	円
6 基本健診+クラミア抗原検査			9,790円	円
7 基本健診+血算+血糖		円	9,160円	円
8 基本健診+超音波検査		円	11,150円	円
9 基本健診		円	5,850円	円
10 基本健診+B群溶血性連鎖球菌検査		円	9,450円	円
11 基本健診+血算		円	7,610円	円
12 基本健診+超音波検査		円	11,150円	円
13 基本健診		円	5,850円	円
14 基本健診		円	5,850円	円
合 計	*助成金額合計		円	

\*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。

年 月 日

関市長 様

日付は記入しないで  
下さい。

住 所 関市日ノ出町1丁目3番地3

氏 名 関 花 子 関

### 妊婦健康診査費助成金交付請求書

年 月 日付け関市指令市健第 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 <u>銀行</u> 本店 金庫 関 <u>支店</u> 組合 出張所 農協		
預貯金種別	<u>普通</u> ・当座	口座番号	1111111
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。