

年 月 日

関市長 様

申請者(受診者) 住 所 関市 _____

氏 名 _____

(自署又は記名・押印) _____

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	円	円
2 基本健診+超音波検査		円	円	円
3 基本健診		円	円	円
4 基本健診+超音波検査		円	円	円
5 基本健診		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		

* 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。