

別記様式(第5条関係)

三島市指定外医療機関等における妊婦健康診査補助金交付申請書

年 月 日

三島市長 あて

申請者 住 所
氏 名
生年月日 年 月 日
電話番号

三島市指定外医療機関等における妊婦健康診査補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

1 交付申請額		円	
2 申請額の内訳	基本健診	初 回	円(上限 20,860円)
		第 2回	円(上限 4,090円)
		第 3回	円(上限 4,090円)
		第 4回	円(上限 4,090円)
		第 5回	円(上限 4,090円)
		第 6回	円(上限 4,090円)
		第 7回	円(上限 4,090円)
		第 8回	円(上限 4,090円)
	多胎妊婦健診	初 回	円(上限 4,090円)
		第 2回	円(上限 4,090円)
		第 3回	円(上限 4,090円)
	超音波検査	①	円(上限 5,300円)
		②	円(上限 5,300円)
	血 算 ・ 血 糖 検 査		円(上限 3,410円)
	血 算 検 査		円(上限 1,860円)
	B群溶血性レンサ球菌検査		円(上限 1,900円)
3 受診した医療機関等		名 称	所在地 電話番号

(注)

- 1 太枠内の該当箇所に記入してください。
- 2 申請額の内訳欄には、支払額が上限額を超えるときは上限額を、支払額が上限額に満たないときは当該支払額を記入してください。
- 3 次の書類を添付してください。
 - (1) 母子健康手帳
 - (2) 妊婦健診に要した費用の領収書
 - (3) 妊婦健康診査受診票
 - (4) 多胎妊婦健診を受けた場合にあっては、多胎妊婦健康診査受診票

三島市 記入欄	受診票	妊婦健診領収書	妊婦健診記録確認(母子健康手帳)