

見 本

様式第1号（第5条関係）

妊婦健康診査助成金交付申請書

令和7年 4月 1日

加須市長 様

住 所 加須市三俣2-1-1

氏 名 加須 花子

電話番号 0480-62-1111（携帯可）

申請者が必ずご記入
ください

加須市妊婦健康診査助成金交付要綱第5条第1項の規定により、次のとおり申請します。なお、私は、この申請に基づく助成金の交付決定に当たり、確認等が必要な場合には、受診した医療機関に市が問い合わせることに同意します。

母子健康手帳の交付日	年	月	日	母子健康手帳No.	
受診した医療機関等 ※里帰り先の医療機関 等をご記入ください。	名称				
	住所				
	電話番号				

↓ここから下は記入不要です

受診項目	助成券	支払額	基準額	備考
妊婦健康診査	助成券①		14,070円	
	助成券②④⑤⑦⑧⑨⑬⑭		5,010円	
	助成券⑩		5,710円	
	助成券③		8,010円	
	助成券⑩		8,810円	
	助成券⑥⑫		8,110円	
H I V抗体検査	HIV抗体検査助成券		2,290円	
子宮頸がん検診	子宮頸がん検査助成券		3,500円	
H T L V - 1抗体検査	H T L V - 1抗体検査助成券		3,040円	R7.3.31までに受診した場合は2,300円
性器クラミジア検査	性器クラミジア検査助成券		2,000円	
多胎妊娠健康診査			5,000円	(回)

見 本

様式第 4 号 (第 7 条関係)

妊婦健康診査助成金交付請求書

記入はしないでください

—年—月—日

加須市長 様

申請者が必ずご記入ください
訂正する場合は、訂正箇所に本人の印を必ず押す！

住 所 加須市三俣 2-1-1

氏 名 加須 花子 ⑩

電話番号 0480-62-1111 (携帯可)

加須市妊婦健康診査助成金交付要綱第 7 条第 1 項の規定により、次のとおり請求します。

記入はしないで
ください

請求金額 金 円

金融機関の名称	銀行 信用金庫 農協	本店 支店
預金の種類	1 普通 2 当座	口座番号 No.
フリガナ		
口座名義人		

申請者が必ずご記入ください
訂正する場合は、訂正箇所に本人の印を必ず押してください