

様式第 1 号（第 5 条関係）

妊婦健康診査助成金交付申請書

年 月 日

加須市長 様

住 所
氏 名
電話番号

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	名称		
	住所		
	電話番号		

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⑪		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)

妊婦健康診査助成金交付請求書

年 月 日

加須市長 様

住 所
氏 名 ⑩
電話番号

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

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			