

(様式第20号)

佐賀市妊婦健康診査受診費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

佐賀市長 様

佐賀市妊婦健康診査実施要綱第11条の規定に基づき、必要書類を添え助成金の交付を申請及び請求します。この申請内容について、公簿との照合及び申請者本人、医療機関等へ確認することに同意します。なお、受診内容は添付書類のとおりです。

申請者（妊産婦本人）			
住所	〒 ー		
ふりがな			
妊産婦氏名			
生年月日	年 月 日	電話番号	ー ー
受診医療機関名 (受診した場所)			

窓口に来た人 ※申請者（産婦本人）の場合は記入不要です。			
ふりがな		申請者との続柄	電話番号
氏名			ー ー

合計助成申請額・請求額	円
-------------	---

支給決定の際は、下記金融機関の口座に振り込んでください。

金融機関名	支店名	口座種別	口座番号
1.銀行 4.農協 2.金庫 5.漁協 3.信用組合	本店・支店 本所・支所 出張所	普通・当座	
			口座名義人（カタカナ）

<ul style="list-style-type: none"> ■ 助成額 妊婦健康診査に支払った額の内、各受診あたりの上限額の範囲内 ■ 添付書類及び必要なもの <ul style="list-style-type: none"> ① 受診医療機関等が発行した領収書（妊婦健康診査の明細が明記されたもの） ② 未使用の妊婦健康診査受診票（補助券） ③ 妊婦健康診査受診状況が確認できるもの（母子手帳等） ④ 窓口に来た人の本人確認書類（運転免許証等） ■ 申請期間 妊婦健康診査受診日から1年間 	<p>受領印</p> <p>(担当:)</p>
---	-------------------------------------

助成金計算書（佐賀市 記入欄）※該当する受診票番号に支払金額を記入し、支払金額と上限額のうち安価な方を○で囲む。

【全員共通】

受診票番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
支払金額														
上限額	5,020	15,550	5,020	8,540	5,020	5,020	5,020	12,950	5,020	5,020	8,000	11,400	5,020	5,020

【多胎児妊婦のみ】(R3.4.1以降交付分)

受診票番号	15	16	17	18	19
支払金額					
上限額	5,020	5,020	5,020	5,020	5,020

合計助成額 円