

別記様式(第5条関係)

みやこ町里帰り等妊婦健康診査助成金交付申請書

年 月 日

みやこ町長 様

私は、みやこ町里帰り等妊婦健康診査助成金交付要綱第5条の規定により、助成金の交付を申請します。

申請者	郵便番号	—	電話番号	—
	現住所			
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名	Ⓔ	旧姓	
	出産(予定)日	年 月 日	母子健康手帳番号	

※母子健康手帳交付後、姓が変わった場合は旧姓を()書き

里帰り等における補助対象となる妊婦健康診査回数	補助金交付申請額
回	円

※助成対象となる健康診査は、福岡県での健診と合算して最大 回まで

里帰り等妊婦健康診査 実施医療機関名	所在地	電話番号

※福岡県以外の医療機関等に限る。

里帰り先における妊婦健康診査実施状況

申請	使用した補助券の色と検査項目	里帰り等における助成対象となる健診受診年月日	健診時の妊娠週数	自己負担額	助成金申請額
	初回券(初回健診時)	年 月 日	週	円	円
	白・ピンク・基・超・貧・糖	年 月 日	週	円	円
	白・ピンク・基・超・貧・糖	年 月 日	週	円	円
	白・ピンク・基・超・貧・糖	年 月 日	週	円	円
	白・ピンク・基・超・貧・糖	年 月 日	週	円	円
	白・ピンク・基・超・貧・糖	年 月 日	週	円	円
	白・ピンク・基・超・貧・糖	年 月 日	週	円	円
	白・ピンク・基・超・貧・糖	年 月 日	週	円	円
	白・ピンク・基・超・貧・糖	年 月 日	週	円	円
	白・ピンク・基・超・貧・糖	年 月 日	週	円	円
	白・ピンク・基・超・貧・糖	年 月 日	週	円	円
	白・ピンク・基・超・貧・糖	年 月 日	週	円	円
	白・ピンク・基・超・貧・糖	年 月 日	週	円	円
	白・ピンク・基・超・貧・糖	年 月 日	週	円	円
助成金申請金額					円

※里帰り等に受けた妊婦健康診査のうち、助成金を利用することができる時期に受診した健康診査について、申請欄に○をつけ所定の項目をご記入のうえ、受診した補助券を添付してください。

※助成金の額は、みやこ町が福岡県医師会と契約した金額が上限額となります。支払った金額とは異なることがありますのでご注意ください。

※太枠の中は、記入しないで下さい。

※領収書を紛失した場合は、裏面の各項目について医療機関等で記入してもらってください。※

※以下の項目は、領収書を紛失した場合にのみご記入ください。※

里帰り等における妊婦健康診査実施状況

申請者	郵便番号	—	電話番号	—
	現住所			
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名	㊟		

※※※医療機関の皆様へ※※※

この申請書は、みやこ町の里帰り時の妊婦健康診査に対する補助金の交付申請書です。

次の項目については、領収書を紛失した場合に必要となりますので、申請者からの依頼がありました際には、ご記入くださいますようお願いいたします。

問合せ先 福岡県京都郡みやこ町役場 子育て・健康支援課

電 話 0930—32—2725

	医療機関コード (ゴム印を押印してください。)	健診年月日	使用した受診券 の色と種類	健診時の 妊娠週数	領収金額
医療 機 関 記 入 欄		年 月 日	白・ピンク・基・超・貧・糖	週	円
		年 月 日	白・ピンク・基・超・貧・糖	週	円
	医療機関の所在地	年 月 日	白・ピンク・基・超・貧・糖	週	円
		年 月 日	白・ピンク・基・超・貧・糖	週	円
	医療機関等の名称	年 月 日	白・ピンク・基・超・貧・糖	週	円
		年 月 日	白・ピンク・基・超・貧・糖	週	円
	開設者氏名	年 月 日	白・ピンク・基・超・貧・糖	週	円
		年 月 日	白・ピンク・基・超・貧・糖	週	円
	医師氏名	年 月 日	白・ピンク・基・超・貧・糖	週	円
		年 月 日	白・ピンク・基・超・貧・糖	週	円
		年 月 日	白・ピンク・基・超・貧・糖	週	円
		年 月 日	白・ピンク・基・超・貧・糖	週	円

※医療機関記入欄につきましては、スタンプをご利用ください。

※医療機関記入欄について、手書きの場合は、開設者氏名及び医師氏名欄にそれぞれ押印をお願いします。

※「使用した受診券の種類」の欄には、使用した補助券の該当する検査項目に○を記入してください。