

宮古島市県外医療機関等妊婦健康診査費用助成金交付申請書

宮古島市長 様

申請日 年 月 日

受診者 及び 申請者 (本人申請の場合)	フリガナ 妊婦氏名	生年 月日	年 月 日
	住所		
	電話番号		
	親子(母子)手帳 番号		
*受診者以外が 申請する場合記入	フリガナ 申請者氏名		
	住所		
	電話番号		
医療機関等	医療機関名		
	所在地	都道府県	

受診月 日	受診時 週数	受診票の種類	支払った額(円)		申請額(円) AとBのうち少ない額
			A	B	
・	・	1回目		9,000	
・	・	2回目		5,000	
・	・	3回目		6,000	
・	・	4回目		6,000	
・	・	5回目		6,000	
・	・	9-1回目		5,040	
・	・	9-2回目		9,820 (5,040)	
・	・	9-3回目		5,040	
・	・	9-4回目		9,290 (5,040)	
・	・	9-5回目		5,040	
・	・	9-6回目		9,820 (5,040)	
・	・	9-7回目		5,040	
・	・	9-8回目		5,040	
・	・	9-9回目		5,040	
・	・	風疹/HIV/クラミジア			
・	・	HTLV-1		2,290	
合 計					

振 込 先	金融機関名			本店・支店
	預金の種類	普通 ・ 当座	フリガナ	
	口座番号	口座名義		

※最後に健診を受診した日から1年以内に、領収書と妊婦健康診査受診票(医師の記入のあるもの)を添えて、家庭保健課の窓口へ提出してください。期限が過ぎた場合や書類に不備がある場合は助成金の交付ができない場合があります。

※助成金交付の対象者は、受診日当日に宮古島市に住民登録がある方です。

※妊婦健康診査受診票の項目以外の検査等にかかる費用は助成の対象となりません。

※振込先は、妊婦健康診査を受診した本人名義の口座で申請してください。