

串間市妊産婦健診通院支援事業補助金交付申請書

下記のとおり妊婦一般健康診査・産婦健康診査を受診したため、補助金の交付を申請します。

年 月 日

串間市長 様

申請者住所 串間市

申請者氏名

(※振込先口座名義人と同じ)

妊産婦住所 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	串間市	電話	
妊産婦氏名 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	(年 月 日生)		
居住地区	<input type="checkbox"/> 福島・北方 <input type="checkbox"/> 本城 <input type="checkbox"/> 大東 <input type="checkbox"/> 都井 <input type="checkbox"/> 市木		
里帰り期間	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 年 月 日 ~ 年 月 日		

※以下の条件で補助額が計算されます。

○串間市民病院を受診 居住地区 福島・北方地区 300円/回 本城地区 450円/回 大東地区 600円/回
都井地区 1,050円/回 市木地区 1,500円/回

○串間市外医療機関を受診 居住地区 一律2,000円/回

回数	受診日	受診医療機関	決定額 ※串間市記載欄	回数	受診日	受診医療機関	決定額 ※串間市記載欄
妊婦 健診 1		<input type="checkbox"/> 串間市民病院 <input type="checkbox"/> 串間市外	円	12		<input type="checkbox"/> 串間市民病院 <input type="checkbox"/> 串間市外	円
2		<input type="checkbox"/> 串間市民病院 <input type="checkbox"/> 串間市外	円	13		<input type="checkbox"/> 串間市民病院 <input type="checkbox"/> 串間市外	円
3		<input type="checkbox"/> 串間市民病院 <input type="checkbox"/> 串間市外	円	14		<input type="checkbox"/> 串間市民病院 <input type="checkbox"/> 串間市外	円
4		<input type="checkbox"/> 串間市民病院 <input type="checkbox"/> 串間市外	円	多胎 妊娠 1		<input type="checkbox"/> 串間市民病院 <input type="checkbox"/> 串間市外	円
5		<input type="checkbox"/> 串間市民病院 <input type="checkbox"/> 串間市外	円	2		<input type="checkbox"/> 串間市民病院 <input type="checkbox"/> 串間市外	円
6		<input type="checkbox"/> 串間市民病院 <input type="checkbox"/> 串間市外	円	3		<input type="checkbox"/> 串間市民病院 <input type="checkbox"/> 串間市外	円
7		<input type="checkbox"/> 串間市民病院 <input type="checkbox"/> 串間市外	円	4		<input type="checkbox"/> 串間市民病院 <input type="checkbox"/> 串間市外	円
8		<input type="checkbox"/> 串間市民病院 <input type="checkbox"/> 串間市外	円	5		<input type="checkbox"/> 串間市民病院 <input type="checkbox"/> 串間市外	円
9		<input type="checkbox"/> 串間市民病院 <input type="checkbox"/> 串間市外	円	産婦 健診 1		<input type="checkbox"/> 串間市民病院 <input type="checkbox"/> 串間市外	円
10		<input type="checkbox"/> 串間市民病院 <input type="checkbox"/> 串間市外	円	2		<input type="checkbox"/> 串間市民病院 <input type="checkbox"/> 串間市外	円
11		<input type="checkbox"/> 串間市民病院 <input type="checkbox"/> 串間市外	円				

振込先 出産応援給付金(妊娠後)申請口座を使用する 子育て応援給付金(産後)口座を使用する
公金受取口座を使用する

※上記のいずれかにチェックを入れた場合は、証明書類の添付は不要です。
下記に記載する場合は、振込先がわかる通帳またはカードの写しを添付してください。

振込先金融機関名	銀行・金庫 組合・農協		本店・本所 支店・支所
口座種類・口座番号	普通・当座	口座名義 カタカナ	

交付決定額 ※串間市記載欄	
------------------	--

* 受診を証明する母子健康手帳等の写しを添付してください。

* 申請者が補助対象者の夫の場合は、夫婦関係が記載された母子健康手帳等の写しを添付してください。

* 市外への里帰り期間中に受診した健康診査は対象外となります。