別記様式（第５項関係）

妊婦健康診査助成金交付申請書

年　　月　　日

鶴 岡 市 長 様

＜申請者＞

住所　鶴岡市

氏名　　印

電話

受診者氏名		生年月日	年　　月　　日
出産（予定）日	年　　月　　日	助成対象健診受診回数	回
受診した医療機関	所在		
	名称		

受診月日	健診に要した費用　※上限額 1回目　10,000円 2～14回目　各5,000円 HTLV-1抗体検査　2,290円 性器クラミジア抗原検査　2,100円 子宮頸がん検診　3,400円 超音波検査（初回）　5,300円 超音波検査（2~4回）　各4,770円 （※超音波検査は、H28年4月1日以降に母子手帳交付を受けた場合に限る）
平成　　年　　月　　日　妊娠週数　　週	円
年　　月　　日　妊娠週数　　週	円
年　　月　　日　妊娠週数　　週	円
年　　月　　日　妊娠週数　　週	円
年　　月　　日　妊娠週数　　週	円
年　　月　　日　妊娠週数　　週	円
年　　月　　日　妊娠週数　　週	円
年　　月　　日　妊娠週数　　週	円
年　　月　　日　妊娠週数　　週	円
年　　月　　日　妊娠週数　　週	円
年　　月　　日　妊娠週数　　週	円
年　　月　　日　妊娠週数　　週	円
年　　月　　日　妊娠週数　　週	円
年　　月　　日　妊娠週数　　週	円
交付申請額（合計額）	円

（添付書類）領収書または支払明細書

助成金振込先										
金融機関名	銀行・金庫・農協　　支店・支所									
預金種別	1.　普通　　2.	口座番号								
※ゆうちょ銀行の場合　（記号　　番号　　）										
口座名義人（カタカナ）										