

第3号様式（第6条関係）

大垣市長 様

妊婦健康診査事業補助金交付申請書

妊婦健康診査を次の医療機関等で受けましたので、大垣市妊婦健康診査事業補助金交付要綱に基づき、受診票と領収書を添えて補助金の申請をします。

種 別	回 数	補 助 金
①基本健診、初回血液検査、子宮がん検診	※ 回	※ 円
②基本健診	※ 回	※ 円
③基本健診、超音波検査	※ 回	※ 円
④基本健診、血算	※ 回	※ 円
⑤基本健診、血算、血糖	※ 回	※ 円
⑦基本健診、クラミジア抗原検査	※ 回	※ 円
⑧基本健診、G B S 検査	※ 回	※ 円
計	※ 回	※ 円

以下をご記入ください。

健診医療機関等名										
支払い先金融機関	銀行・金庫					本・支店				
	農協					支店・出張所				
普通・貯蓄	フリガナ					妊婦との続柄				
	口座名義人					()				
口座番号							(左詰記入)			
ゆうちょ銀行 の場合	記号									
	番号									

年 月 日

申請人

郵便番号〒503-

住所 大垣市

氏名

TEL

印

- ・ ※印の欄には記入しないでください。
- ・ 口座名義人と申請人は同じ方を記入してください。
- ・ 妊婦健康診査受診医療機関等の領収書（原本）、明細書と、受診結果が記入された妊婦健康診査受診票（補助券）、母子健康手帳をお持ちください。