

大牟田市産婦健康診査補助金交付申請書

大牟田市長 殿

年 月 日

郵便番号 〒 ー

(申請者) 住 所

〒 ()

氏 名

電話番号

私は、大牟田市産婦健康診査実施要綱の規定により、補助金の交付を申請します。なお、大牟田市がこの申請に基づく補助金の交付決定に当たり、産婦健康診査の受診や支払状況について、医療機関又は助産所に照会することに同意します。

出産日	年 月 日	母子健康手帳番号	
-----	-------	----------	--

補助の対象となる産婦健康診査回数	補助金申請額
回	円

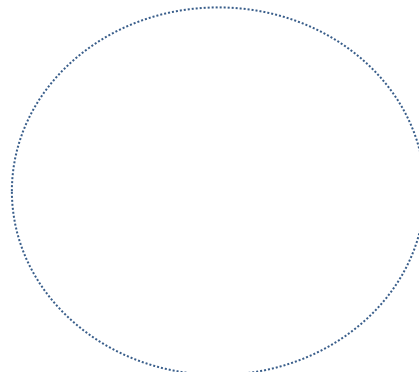
健康診査実施医療機関・助産所名	所在地	電話番号

産婦健康診査の受診状況

区 分	自己負担による受診日	自己負担額	補助基準額	補助金申請額
1回目 産婦健康診査		円	5,000円	円
2回目 産婦健康診査		円	5,000円	円
補助金申請合計額				円

※補助金申請額は、自己負担額と補助基準額を比較していずれか少ない方の額とします。

※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又は助産所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。

※ 書類の作成料が発生する場合は本人負担となり、産婦健康診査の補助金の対象とはなりません。

産婦健康診査実施状況

受診者	郵便番号	
	現住所	
	フリガナ	
	氏名	
	電話番号	

医療機関・助産所の皆様へ

下記の項目につきましては、大牟田市産婦健康診査補助金の交付申請において、産婦健康診査の領収書を紛失している場合に必要となります。

申請者から依頼がありました際に、ご記入いただきますようお願いいたします。

※問合せ先

〒836-8666 福岡県大牟田市有明町2丁目3番地（保健センター1階）
大牟田市役所 子ども家庭課 母子保健担当
TEL (0944)41-2661

医療機関 ・ 助産所	医療機関コード	
	医療機関・助産所の所在地	
	医療機関・助産所の名称	
	医療機関・助産所の長の氏名と印	印
	電話番号	
	記入欄	受診年月日
年 月 日		円
年 月 日		円