

大牟田市多胎妊娠の妊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

フリガナ ()
氏 名

電話番号

私は、大牟田市多胎妊娠の妊婦健康診査補助金交付要綱の規定により、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、妊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。

出産日又は 出産予定日	年 月 日	母子健康手帳番号	
----------------	-------	----------	--

補助の対象となる妊婦健康診査回数	補助金申請額
回	円

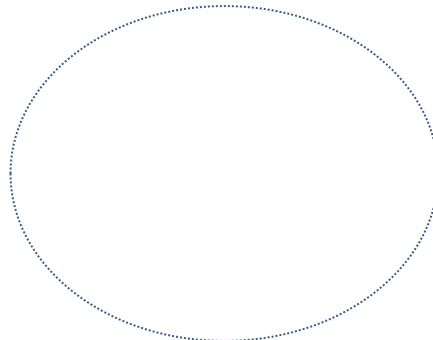
健康診査実施医療機関・助産所名	所在地	電話番号

14回を超えて受診した妊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 基本健診		円	5,100円	円
2回目 基本健診		円	5,100円	円
3回目 基本健診		円	5,100円	円
4回目 基本健診		円	5,100円	円
5回目 基本健診		円	5,100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、この補助金の対象とはなりません。

多胎妊娠の妊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、大牟田市多胎妊娠の妊婦健康診査補助金の交付申請において、

妊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。

なお、この補助金は、14回を超えて妊婦健康診査を受診された場合に交付されるものであり、受診回数が14回以下の場合には補助の対象外となります。

※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	領収金額 (保険適用外分)
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円