

様式第 1 号（第 6 条関係）

年 月 日

北本市妊婦健康診査助成金交付申請書

（宛先）北本市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号

印

北本市妊婦健康診査助成金交付要綱第 6 条第 1 項の規定により、次のとおり申請します。

なお、私は、この申請に基づく助成金の交付決定に当たり、確認等が必要な場合には、市が受診した医療機関又は助産所に問い合わせることに同意します。

母子健康手帳の 交 付 日	年 月 日	母子健康手帳 No.	
受 診 し た 医 療 機 関 又 は 助 産 所	名 称		
	住 所		
	電話番号		

・医療機関で受診した場合

助成券	支払額	基準額	申請額※
H I V 抗体検査助成券		2,290 円	
子宮頸がん検診助成券		3,500 円	
妊婦健康診査助成券①		14,070 円	
妊婦健康診査助成券②、 ④、⑤、⑦、⑧、⑨、⑬、 ⑭		5,010 円	
妊婦健康診査助成券⑪		5,710 円	
妊婦健康診査助成券③		8,010 円	
妊婦健康診査助成券⑥、⑫		8,110 円	
妊婦健康診査助成券⑩		8,810 円	
HTLV－1 抗体検査助成券		3,040 円	
性器クラミジア検査助成券		2,000 円	

・助産所で受診した場合

助成券	支払額	基準額	申請額※
妊婦健康診査助成券②、 ④、⑤、⑦、⑧、⑨、 ⑬、⑭		5,010 円	
妊婦健康診査助成券⑪		5,710 円	

※ 申請額は、支払額又は基準額のいずれか少ない額とする。

振 込 口 座	銀行・信用金庫・農協	支店・出張所・支所
	普通 当座	口座番号
	ふりがな	
	口座名義	

