

別記第1号様式（第10条関係）

音更町指定医療機関以外の医療機関等で受診した妊婦健診費助成金交付申請書

年 月 日

音更町長 宛て

申請者 住 所
氏 名

㊞

音更町補助金等交付規則第6条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

助 成 金 申 請 額	金 円
妊 婦 健 診 の 受 診 期 間	年 月 日から 年 月 日まで
受診した医療機関又は助産所	名 称
	住 所
	電話番号
添 付 書 類 (該当する欄に○印を記載願います。)	音更町指定医療機関以外の医療機関等で受診した妊婦健診費助成金交付申請内訳書（別記第2号様式） ※医療機関において受診した場合に提出ください。
	音更町指定医療機関以外の医療機関等で受診した妊婦健診費助成金交付申請内訳書（別記第3号様式） ※助産所において受診した場合に提出ください。
	音更町指定医療機関以外の医療機関等で受診した妊婦健診費助成金支払証明書（別記第4号様式）
	自己負担した妊婦健康一般診査又は超音波検査に係る費用が確認できる領収書の写し
	母子健康手帳の写し
	口座振込依頼書（別記第5号様式）
	町が交付した妊婦一般健康診査受診票又は超音波検査受診票にあって、未使用のもの
備 考	