

様式第1号（第6条関係）

里帰り等妊婦健康診査補助金交付申請書

年 月 日

（宛先）静岡市長

里帰り等妊婦健康診査補助金の交付を受けたいので、静岡市里帰り等妊婦健康診査補助金交付要綱第6条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者（健診受診者）			
住 所	〒 _____		

氏 名	_____		
電 話 番 号	_____		
申 請 額	金 _____ 円		
受診医療機関等	名 称	所在地	
		電 話	
申請受理月日	年 月 日	交付・不交付	補助金額 金 円

（注）

- 1 太枠の中を御記入ください。
- 2 補助金の内訳を、様式第2号に記入してください。
- 3 補助金の上限額は、初回20,420円、2回目から14回目まで4,010円、超音波検査①から④まで5,300円、血液検査3,310円、血算検査1,760円、GBS検査1,700円となります。支払った金額とは異なりますので御注意ください。
- 4 静岡市の受診票、医療機関又は助産所が発行した領収書及び母子健康手帳を添付してください。