

様式第 7 号（第 7 条関係）

年 月 日

岩美町妊婦健康診査費用助成金交付申請書

岩美町長 様

申請者 住所
氏名

次のとおり健康診査を受けましたので、受診費用についての助成金を申請します。また、助成金の支給に当たり、住民登録及び受診状況を調査することに同意します。

健康診査名	受診日	受診医療機関	受診金額
第 1 回	年 月 日		円
第 2 回	年 月 日		円
第 3 回	年 月 日		円
第 4 回	年 月 日		円
第 5 回	年 月 日		円
第 6 回	年 月 日		円
第 7 回	年 月 日		円
第 8 回	年 月 日		円
第 9 回	年 月 日		円
第 1 0 回	年 月 日		円
第 1 1 回	年 月 日		円
第 1 2 回	年 月 日		円
GBS	年 月 日		円
HTLV-1	年 月 日		円
クラミジア検査	年 月 日		円

助成金申請額	円
--------	---

※助成申請額は、委託契約に定められたそれぞれの健康診査ごとの上限額と受診金額のどちらか低い額を合計した額とする。