

第1号様式（表面）（第9条関係）

大磯町妊婦健康診査費用助成金交付申請書

年 月 日

大磯町長 殿

住 所 _____
 申請者 氏 名 _____
 電話番号 _____

大磯町妊婦健康診査費用助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

対象者	フリガナ		母子健康手帳No.
	氏名	生年月日 年 月 日	
	住所		
申請理由	該当するものをレ点でチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 里帰り出産等で実施医療機関等で妊婦健康診査を受診することが困難なため <input type="checkbox"/> 妊婦健康診査に係る費用が補助額に満たなかったため <input type="checkbox"/> その他（ ）		
助成金申請額		円	<u>※裏面の内訳を記載してください。</u>
同意欄	助成金の交付決定にあたり、町職員が住民基本台帳を確認すること、また、領収書の内容について医療機関に確認することに同意します。 氏 名 _____		

(以下は記入しないでください。)

申請書受理年月日	年 月 日	申請番号	
大磯町への住民登録日	年 月 日	申請の妊婦健康診査実施日に大磯町に住所を有している。	

第1号様式（裏面）（第9条関係）

申請額内訳	回数	補助券 (A)	追加補助券 (A')	受診者支払額(B)	(A)又は(B)のいずれか少ない額 若しくは(B)を超えない(A)+(A')の額	
	第1回	11,500 円	5,000 円券 枚 2,000 円券 枚 1,000 円券 枚	円	円	
	第2回	4,500 円	5,000 円券 枚 2,000 円券 枚 1,000 円券 枚	円	円	
	第3回	4,500 円	5,000 円券 枚 2,000 円券 枚 1,000 円券 枚	円	円	
	第4回	4,500 円	5,000 円券 枚 2,000 円券 枚 1,000 円券 枚	円	円	
	第5回	4,500 円	5,000 円券 枚 2,000 円券 枚 1,000 円券 枚	円	円	
	第6回	4,500 円	5,000 円券 枚 2,000 円券 枚 1,000 円券 枚	円	円	
	第7回	4,500 円	5,000 円券 枚 2,000 円券 枚 1,000 円券 枚	円	円	
	第8回	4,500 円	5,000 円券 枚 2,000 円券 枚 1,000 円券 枚	円	円	
	第9回	4,500 円	5,000 円券 枚 2,000 円券 枚 1,000 円券 枚	円	円	
	第10回	4,500 円	5,000 円券 枚 2,000 円券 枚 1,000 円券 枚	円	円	
	第11回	4,500 円	5,000 円券 枚 2,000 円券 枚 1,000 円券 枚	円	円	
	第12回	4,500 円	5,000 円券 枚 2,000 円券 枚 1,000 円券 枚	円	円	
	第13回	4,500 円	5,000 円券 枚 2,000 円券 枚 1,000 円券 枚	円	円	
	第14回	4,500 円	5,000 円券 枚 2,000 円券 枚 1,000 円券 枚	円	円	
	多胎妊娠1回	4,500 円	5,000 円券 枚 2,000 円券 枚 1,000 円券 枚	円	円	
	多胎妊娠2回	4,500 円	5,000 円券 枚 2,000 円券 枚 1,000 円券 枚	円	円	
	合計			5,000 円券 枚 2,000 円券 枚 1,000 円券 枚	助成金申請額	円