

第12号様式(第10条関係)

年 月 日

唐津市長 様

申請者 住所 唐津市  
氏名  
(電話番号 )

予定日超過後の妊婦健康診査受診費助成金交付申請書

出産予定日を超過したため、40週1日以降に妊婦健康診査を受診し、費用を負担したため、次のとおり助成金の交付を申請します。

対象妊婦氏名			
助成対象健診 受診年月日	受診機関名	負担費用額	※助成金額
年 月 日		円	円
年 月 日		円	円
年 月 日		円	円
計		円	円

※ 助成金額計 金 円也

助成金については、次の口座に振り込んでください。

金融機関名	支店名	預金種別	口座番号							
		普通 ・ 当座								
フリガナ										
口座名義人										

- (注意1) 添付書類 ①自費で支払った助成対象の妊婦健康診査受診費の領収証
- (注意2) 助成金額 各健診の自己負担額か妊婦健康診査受診票(第3号様式)の委託単価のいずれか低いほうの金額
- (注意3) 申請期間 最後の妊婦健康診査受診日から1年間
- (注意4) 申請者と口座名義人が異なる場合には、委任状を提出してください。
- (注意5) ※印の欄は自治体で記入しますので記入不要です。