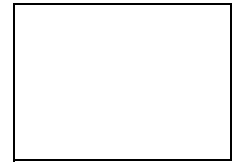


(第1号様式)

受付印

妊婦健康診査補助金交付申請書

(兼請求委任及び口座振替依頼書)



熊本市長宛

私は、下記妊婦健康診査補助金の請求に関する一切の権限を熊本市子ども政策課長に委任します。
なお、同妊婦健康診査補助金の支払いは、下記の私名義の金融機関預金口座に口座振替にて行われますよう依頼します。

太枠内のみ記入をお願いします

請求者 (妊婦)	住所	〒 熊本市			生年月日	S 年 月 日	H
	フリガナ 氏名		TEL	自宅			
				携帯			
支払希望 金融機関	金融機関名	銀行 信用金庫			支店名 出張所		
	預金種別	普通	口座番号				

妊婦健康診査受診状況及び助成費用申請額

項目	受診日	妊婦健診額(申請額) (実際にかかった費用)(A)	助成限度額 (H30)(B)	助成額 (A)と(B)でいずれか少ない額
1回目 (~11週)	年 月 日	円	18,250	円
2回目 (12~15)	年 月 日	円	5,050	円
3回目 (16~19)	年 月 日	円	7,520	円
4回目 (20~23)	年 月 日	円	7,520	円
5回目 (24~25)	年 月 日	円	5,050	円
6回目 (26~27)	年 月 日	円	7,520	円
7回目 (28~29)	年 月 日	円	5,050	円
8回目 (30~31)	年 月 日	円	7,870	円
9回目 (32~33)	年 月 日	円	7,700	円
10回目 (34~35)	年 月 日	円	5,050	円
11回目 (36)	年 月 日	円	6,620	円
12回目 (37)	年 月 日	円	7,520	円
13回目 (38)	年 月 日	円	5,050	円
14回目 (39~)	年 月 日	円	5,050	円
合計	回	円		円

受付確認欄
 領収書 () 枚
 受診券回収 () 枚
 (1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14)
 親子健康手帳コピー済
 口座確認済

代理申請者氏名

代理申請者身分証確認済