

様式1

沼田市妊婦健康診査費助成金交付申請書

沼田市長様		申請日	年 月 日	
申請者 (妊婦)	(ふりがな) 氏名			年 月 日生
	住所	〒 電話 ( )		
妊婦健康診査費 (実際に妊婦健康診査に 要した額)	第1回(ピュアライトブルー:上限20,740円) 円	第11回(だいたい色:上限4,980円) 円		
	第2回(灰色:上限4,780円) 円	第12回(もえぎ色:上限10,030円) 円		
	第3回(濃クリーム色:上限6,330円) 円	第13回(だいたい色:上限4,980円) 円		
	第4回(薄紅色:上限3,980円) 円	第14回(だいたい色:上限4,980円) 円		
	第5回(薄紅色:上限3,980円) 円	多胎追加1回目(青色:上限5,000円) 円		
	第6回(藤色:上限7,980円) 円	多胎追加2回目(青色:上限5,000円) 円		
	第7回(だいたい色:上限4,980円) 円	多胎追加3回目(青色:上限5,000円) 円		
	第8回(藤色:上限8,030円) 円	多胎追加4回目(青色:上限5,000円) 円		
	第9回(ピュアライム:上限8,170円) 円	多胎追加5回目(青色:上限5,000円) 円		
	第10回(だいたい色:上限4,980円) 円			
助成金の振込先	(ふりがな) 口座名義人	金融機関名		
		支店名 (ゆうちょ銀行の 場合は店番)		
	預金種別	普通・当座	口座番号	
添付書類	1. 妊婦健康診査受診票原本(受診結果の記入されたもの) 2. 領収書原本(受診日と同じもの) 3. 母子健康手帳のコピー(表紙と妊娠中の経過) 4. 口座名義人と振込先の口座番号がわかる通帳またはカードのコピー			
沼田市処理欄	助成金交付申請額	円		
	申請受理日	年 月 日	交付決定日	年 月 日
	受付番号			交付・不交付

<代理人が申請する場合>

代理人	(ふりがな) 氏名	(申請者との続柄: )		
	住所	〒	電話	

上記の者に申請を委任します。

妊婦氏名

印