

様式第1号（第6条関係）

日吉津村妊婦一般健康診査費用助成金交付申請書

年 月 日

日吉津村長 様

申請者 住 所
氏 名 印
電話番号

日吉津村妊婦一般健康診査費用助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

受 診 者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	
申請する妊婦一般健康診査の種類に○をつけてください。	<input type="checkbox"/> 第1回目①子宮頸がん検診有 <input type="checkbox"/> 第1回目①子宮頸がん検診無 <input type="checkbox"/> 第2～14回目② <input type="checkbox"/> 第2～14回目③ <input type="checkbox"/> 第2～14回目④ <input type="checkbox"/> 第2～14回目⑤ <input type="checkbox"/> 第6～14回目⑥HTLV-1検査有 <input type="checkbox"/> 第6～14回目⑦GBS検査有 <input type="checkbox"/> 第2～14回目⑧ <input type="checkbox"/> 第2～14回目⑨ <input type="checkbox"/> 第2～14回目⑩	<input type="checkbox"/> 第2～14回目⑪ <input type="checkbox"/> 第2～14回目⑫ <input type="checkbox"/> 第2～14回目⑬ <input type="checkbox"/> 第2～14回目⑭ <input type="checkbox"/> クラミジア <input type="checkbox"/> 多胎追加1 <input type="checkbox"/> 多胎追加2 <input type="checkbox"/> 多胎追加3 <input type="checkbox"/> 多胎追加4 <input type="checkbox"/> 多胎追加5
健診に要した費用の総額	円	
申請理由	委託外医療機関での受診のため	
実施医療機関		

※助成金の額は、日吉津村が社団法人鳥取県医師会及び鳥取県国民健康保険団体連合会と平成9年4月1日付で締結した妊婦一般健康診査委託契約書に基づく委託料の単価を上限とする。