様式第１号（第５条関係）

産山村早産予防対策事業助成申請書

年　　　月　　　日

産　山　村　長　様

申請者　住　　所

氏　　名

電話番号

　産山村早産予防対策事業助成金の交付について、産山村早産予防対策事業実施要綱

第５条の規定により、次のとおり申請します。

１．助成金交付対象診査（対象診査いずれかに「○」を記入してください）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 妊婦健康診査における膣分泌細菌検査  （※妊婦健診の初回受診時に、絨毛膜羊膜炎に係る塗沫検査（BVスコア）による膣分泌細菌検査） |
|  | 妊婦及び配偶者の歯科健康診査  　（※問診、歯科健康診査及び歯周疾患検査、歯科相談） |

２．受診対象者（受診対象者の必要事項を記入してください）

|  |  |
| --- | --- |
| 受診者氏名 | 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　妊婦本人　・　配偶者 |
| 妊婦氏名 | 氏名：　　　　　　　　　　　　　　（※妊婦本人の場合は省略可） |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 出産予定日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 受診日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 交付申請額 | 助成対象検査及び診査に係る費用の全額 |

添付書類　・母子手帳の写し

　　　　　・村から交付された妊婦健診助成券の写し（妊婦健康診査に係る検査のみ）

注意事項　・助成の方法は、交付決定を受けた受診者が本事業を実施する医療機関に

おいて当該健康診査を受診した場合のみ、村が申請者に代わり助成すべ

き費用全額を医療機関に支払います。

　　　　　・虚偽の申請やその他不正行為により、助成金の交付を受けた場合は、

助成金の全部又は一部について返還を命じることがあります。