

東かがわ市告示第14号

東かがわ市妊婦健診受診支援事業実施要綱の一部を改正する告示を次のように定める。

令和7年 2月25日

東かがわ市長 上村 一郎

東かがわ市妊婦健診受診支援事業実施要綱の一部を改正する告示

東かがわ市妊婦健診受診支援事業実施要綱（令和2年東かがわ市告示第24号）の一部を次のように改正する。

次の表の改正前の欄に掲げる規定を同表の改正後の欄に掲げる規定に下線で示すように改正する。

改正後	改正前																																																																																																																																																
様式第1号（第5条関係） 年 月 日 東かがわ市長 殿 申請者 住所 氏 名 (電話番号) (対象者との関係) 東かがわ市妊婦健診受診支援事業助成金交付申請書 東かがわ市妊婦健診受診支援事業実施要綱第5条第1項の規定に基づき、次のとおり助成金の交付を申請します。 助成金額 金 円 (2,000円× 回分) <table><tr><td>対象者氏名</td><td>☐申請者と同じ</td><td>生年月日</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td>住 所</td><td>☐申請者と同じ 東かがわ市</td><td>電話番号</td><td>☐申請者と同じ</td></tr><tr><td>出産年月日</td><td colspan="3">年 月 日</td></tr></table> この申請書を提出するときは、母子健康手帳をご持参ください。 ※以下は東かがわ市記入欄ですので記入しないでください。 <table><thead><tr><th>回数</th><th>受診年月日</th><th>受診医療機関</th><th>回数</th><th>受診年月日</th><th>受診医療機関</th></tr></thead><tbody><tr><td>1回</td><td></td><td></td><td>11回</td><td></td><td></td></tr><tr><td>2回</td><td></td><td></td><td>12回</td><td></td><td></td></tr><tr><td>3回</td><td></td><td></td><td>13回</td><td></td><td></td></tr><tr><td>4回</td><td></td><td></td><td>14回</td><td></td><td></td></tr><tr><td>5回</td><td></td><td></td><td>15回</td><td></td><td></td></tr><tr><td>6回</td><td></td><td></td><td>16回</td><td></td><td></td></tr><tr><td>7回</td><td></td><td></td><td>17回</td><td></td><td></td></tr><tr><td>8回</td><td></td><td></td><td>18回</td><td></td><td></td></tr><tr><td>9回</td><td></td><td></td><td>19回</td><td></td><td></td></tr><tr><td>10回</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	対象者氏名	☐ 申請者と同じ	生年月日	年 月 日	住 所	☐ 申請者と同じ 東かがわ市	電話番号	☐ 申請者と同じ	出産年月日	年 月 日			回数	受診年月日	受診医療機関	回数	受診年月日	受診医療機関	1回			11回			2回			12回			3回			13回			4回			14回			5回			15回			6回			16回			7回			17回			8回			18回			9回			19回			10回						様式第1号（第5条関係） 年 月 日 東かがわ市長 殿 申請者 住所 氏 名 (対象者との関係) 東かがわ市妊婦健診受診支援事業助成金交付申請書 東かがわ市妊婦健診受診支援事業実施要綱第5条第1項の規定に基づき、次のとおり助成金の交付を申請します。 助成金額 金 円 (2,000円× 回分) <table><tr><td>対象者氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td>住 所</td><td>東かがわ市</td><td>電話番号</td><td></td></tr><tr><td>出産年月日</td><td colspan="3">年 月 日</td></tr></table> この申請書を提出するときは、母子健康手帳をご持参ください。 ※以下は東かがわ市記入欄ですので記入しないでください。 <table><thead><tr><th>回数</th><th>受診年月日</th><th>受診医療機関</th><th>回数</th><th>受診年月日</th><th>受診医療機関</th></tr></thead><tbody><tr><td>1回</td><td></td><td></td><td>9回</td><td></td><td></td></tr><tr><td>2回</td><td></td><td></td><td>10回</td><td></td><td></td></tr><tr><td>3回</td><td></td><td></td><td>11回</td><td></td><td></td></tr><tr><td>4回</td><td></td><td></td><td>12回</td><td></td><td></td></tr><tr><td>5回</td><td></td><td></td><td>13回</td><td></td><td></td></tr><tr><td>6回</td><td></td><td></td><td>14回</td><td></td><td></td></tr><tr><td>7回</td><td></td><td></td><td>15回</td><td></td><td></td></tr><tr><td>8回</td><td></td><td></td><td>16回</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	対象者氏名		生年月日	年 月 日	住 所	東かがわ市	電話番号		出産年月日	年 月 日			回数	受診年月日	受診医療機関	回数	受診年月日	受診医療機関	1回			9回			2回			10回			3回			11回			4回			12回			5回			13回			6回			14回			7回			15回			8回			16回		
対象者氏名	☐ 申請者と同じ	生年月日	年 月 日																																																																																																																																														
住 所	☐ 申請者と同じ 東かがわ市	電話番号	☐ 申請者と同じ																																																																																																																																														
出産年月日	年 月 日																																																																																																																																																
回数	受診年月日	受診医療機関	回数	受診年月日	受診医療機関																																																																																																																																												
1回			11回																																																																																																																																														
2回			12回																																																																																																																																														
3回			13回																																																																																																																																														
4回			14回																																																																																																																																														
5回			15回																																																																																																																																														
6回			16回																																																																																																																																														
7回			17回																																																																																																																																														
8回			18回																																																																																																																																														
9回			19回																																																																																																																																														
10回																																																																																																																																																	
対象者氏名		生年月日	年 月 日																																																																																																																																														
住 所	東かがわ市	電話番号																																																																																																																																															
出産年月日	年 月 日																																																																																																																																																
回数	受診年月日	受診医療機関	回数	受診年月日	受診医療機関																																																																																																																																												
1回			9回																																																																																																																																														
2回			10回																																																																																																																																														
3回			11回																																																																																																																																														
4回			12回																																																																																																																																														
5回			13回																																																																																																																																														
6回			14回																																																																																																																																														
7回			15回																																																																																																																																														
8回			16回																																																																																																																																														

改正後	改正前																				
様式第2号（第5条関係）	様式第2号（第5条関係）																				
年 月 日	年 月 日																				
様	様																				
東かがわ市妊婦健診受診支援事業助成金交付決定（却下）通知書	東かがわ市長																				
東かがわ市長	東かがわ市妊婦健診受診支援事業助成金交付決定（却下）通知書																				
年 月 日付け申請による妊婦健診受診支援事業助成金については、下記のとおり交付決定（却下）したので、通知します。	年 月 日付け申請による妊婦健診受診支援事業助成金については、次のとおり決定したので、通知します。																				
記																					
1 助成する																					
交付決定額	円（2,000円 × 回）																				
交付予定日	年 月 日（予定）																				
2 助成しない																					
理由																					
※不正な行為により本事業の助成を受けたとき、又は助成後に過誤額が確認されたときは、助成金の全部又は一部を返還していただきます。																					
	<table border="1"> <tr> <td rowspan="3">対象者</td> <td>氏名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">決定区分</td> <td colspan="2">1 決定 2 却下</td> </tr> <tr> <td>却下の理由</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">助成額</td> <td>決定額</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>内 訳</td> <td>2,000円 × 回</td> </tr> <tr> <td>備 考</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	対象者	氏名		住所		生年月日	年 月 日	決定区分	1 決定 2 却下		却下の理由		助成額	決定額	円	内 訳	2,000円 × 回	備 考		
対象者	氏名																				
	住所																				
	生年月日	年 月 日																			
決定区分	1 決定 2 却下																				
	却下の理由																				
助成額	決定額	円																			
	内 訳	2,000円 × 回																			
備 考																					

附 則

この告示は、令和7年4月1日から施行する。