

妊産婦健康診査費助成金償還払い申請書兼請求書
(妊娠確定前診察費助成金分)

令和 年 月 日

丹波市長 林 時彦 様

下記のとおり、丹波市妊産婦健康診査費助成事業実施要綱第10条の規定により、関係書類を添えて妊娠確定前診察費助成金を請求します。なお本申請に係る検査等に対し、必要に応じ医療機関等に確認を行うことに同意します。

- * 太枠内のみ記入ください。妊娠出産全期を通じて1回限りの申請です。
- * 電話番号、メールアドレス(ある場合)を記入いただくことで、請求印を省略することができます。
但し、請求印がない場合は、一切の訂正は不可とします。
- * 振込を委任される場合は、申請者欄及び委任欄の押印(同じ印)が必要です。

申請者 (妊産婦本人)	フリカナ 氏名	⑩			生年 月日	昭和・平成 年 月 日
	住所	〒669- 丹波市 町				
	電話番号			メールアドレス		
	手帳番号			交付日	令和 年 月 日	
	出産予定日又は出産日		令和 年 月 日 (予定・出産)			
助成申請内容	受診日		診察費 (申請額)	医療機関名または助産所名		決定額※ (上限10,000円)
	1回目	年 月 日	円			円
	2回目	年 月 日	円			円
	3回目	年 月 日	円			円
	合計	回		円		
振込先		本・支店名	種別	口座番号		口座名義人
銀行 農協 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所	普通 当座			フリカナ
委任欄 この欄は、 <u>申請者以外の口座</u> に振込みを希望される場合のみ記入してください。 上記助成金の受領に関することを下記の者に委任します。 委任者 _____ ⑩ 受任者 住所 _____ 氏名 _____ (申請者との続柄 _____) 生年月日 昭・平 年 月 日 TEL _____						

【添付書類】妊娠確定に要した費用(保険診療適用外)に関する領収書を添付ください。

《以下は市記入欄ですので記入しないでください》 チェック 入力 起票

支給決定年月日	年 月 日	支給決定金額※	円
---------	-------	---------	---