

妊産婦健康診査費助成金償還払い申請書兼請求書

丹波市長 林 時彦 様

令和 年 月 日

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産婦健康診査費助成金を請求します。なお、本申請に係る検査等に対し、必要に応じ市が医療機関等に照会することについて同意します。

*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)を記載いただくことで、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いたします。

*振込みを委任される場合は、申請者欄及び委任欄の押印(同じ㊟)が必要です。

申請者 (妊産婦本人)	フリカナ氏名	㊟	生年月日	昭和・平成 年 月 日			
	住所	丹波市 町					
	電話番号	-	メールアドレス				
	手帳交付番号	-	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	健診受診日	健診費(申請額)	算定(助成券利用換算)				決定額
			基本5,000 ×14枚	10,000× 1枚	2,000× 5枚	1,000× 30枚	
	妊健1	年 月 日 円	枚	枚	枚	枚	円
	妊健2	年 月 日 円	枚	枚	枚	枚	円
	妊健3	年 月 日 円	枚	枚	枚	枚	円
	妊健4	年 月 日 円	枚	枚	枚	枚	円
	妊健5	年 月 日 円	枚	枚	枚	枚	円
	妊健6	年 月 日 円	枚	枚	枚	枚	円
	妊健7	年 月 日 円	枚	枚	枚	枚	円
	妊健8	年 月 日 円	枚	枚	枚	枚	円
	妊健9	年 月 日 円	枚	枚	枚	枚	円
	妊健10	年 月 日 円	枚	枚	枚	枚	円
	妊健11	年 月 日 円	枚	枚	枚	枚	円
	妊健12	年 月 日 円	枚	枚	枚	枚	円
	妊健13	年 月 日 円	枚	枚	枚	枚	円
	妊健14	年 月 日 円	枚	枚	枚	枚	円
産健1	年 月 日 円	枚	*5,000円券			円	
産健2	年 月 日 円	枚	×2枚			円	
合計	回	円	枚	枚	枚	枚	円
振込先	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、申請者以外の口座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(申請者) ㊟ 受任者 住所 _____ 氏名 _____ (委任者との続柄 _____) 生年月日 昭・平 年 月 日 Tel _____ - _____							

【添付書類】妊産婦健康診査に要した費用(保険診療適用外)に関する領収書と助成券(交付を受けた場合)を添付ください。(裏面『妊産婦健康診査費助成金償還払い申請について』もご参照ください)

《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
---------	-------	--------	---