

(様式)

妊婦健康診査費等助成金交付申請書

年 月 日

臼杵市長 殿

下記の健診に要した費用について、別紙証拠書類を添えて請求します。

申請者	住所	〒 臼杵市 TEL		
	ふりがな 氏名	印 (自署又は記名押印)	(妊婦との続柄)	
妊婦	ふりがな	生年月日		
	氏名	年 月 日		
	住所			
受診医療機関				
受診年月日 妊娠週数等	前半期	年 月 日	週	
	後半期	年 月 日	週	
	追加分	年 月 日	週	
	追加分	年 月 日	週	
	追加分	年 月 日	週	
	追加分	年 月 日	週	
	追加分	年 月 日	週	
	追加分	年 月 日	週	
	追加分	年 月 日	週	
	追加分	年 月 日	週	
	追加分	年 月 日	週	
	追加分	年 月 日	週	
	追加分	年 月 日	週	
申請理由				
下記のとおり支払金の口座振替による支払を依頼します。 なお、請求者と口座名義人が異なるときは、口座名義人に受領委任します。				
口座 振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 組合 農協		支店 支所 出張所
	預金種別	普通 ・ 当座		
	口座番号			
	フリガナ			
	口座名義人			

- 注意 1 この請求書に次の書類を添付してください。
- ① 医療機関発行の領収書(受診日・受診者名・支払金額・健診内容が分かるもの)
 - ② 健康診査を受診した旨が記載された母子手帳またはこれを証することができる書類
- 2 この妊婦健康診査は保険適応にならない健康診査です。保険が適用された場合、助成の対象になりません。