

第1号様式（第9条関係）

妊婦一般健康診査費
助成金交付申請書
産婦健康診査費

年 月 日

(宛先) 上越市長

妊婦一般健康診査費
次のとおり、受診した の助成を申請します。
産婦健康診査費

申請者 (妊産婦本人)	フリガナ 氏 名		母子健康手帳番号	
	生年月日	年 月 日 (歳)		
	住 所	〒 昼間の連絡先電話番号 ()		
申 請 区 分	<input type="checkbox"/> 里帰り出産等により受託機関以外の医療機関等で受診 <input type="checkbox"/> 妊婦一般健康診査のうち基本的な妊婦健康診査を15回以上受診 (医療機関等が必要と認めた場合に限る。)			
今回の妊娠届出後に住所を変更した方は、前住所地をご記入ください。		(<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 転入) 年月日	年 月 日	
		前 住 所		
振 込 先	金融機関名			支店名
	預 金 種 別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当 座	口座番号	
	口座名義人 ※妊産婦本人	(カタカナでご記入ください。)		

○住民基本台帳の閲覧等の承諾欄

<p>妊婦一般健康診査費又は産婦健康診査費の助成を受けるに当たり、必要があるときは、住民基本台帳を閲覧し、及び医療機関等への支払内訳の確認をすることについて承諾します。</p> <p style="text-align: right;">(申請者) 住所 氏名</p>
--

備考 領収書がない場合は、医療機関等で下記の内容を記入してもらってください。受診票を使用した場合又は領収書がある場合は、記入不要です。

回数	妊婦一般健康診査実施日	妊婦一般健康診査自己負担額	検査等、左記以外の自由診療負担額 (内訳)
	年 月 日	円	円 ()
	年 月 日	円	円 ()
	年 月 日	円	円 ()

	年 月 日	円	円 ()
	年 月 日	円	円 ()
	年 月 日	円	円 ()
産婦健康診査実施日		産婦健康診査自己負担額	
	年 月 日	円	
<p>上記のとおり領収しました。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関等 所在地 名 称 代表者氏名</p> <p style="text-align: right;">㊤</p>			