

妊婦一般健康診査費
助成金交付申請書
産婦健康診査費

令和 ○年 △月 □日

(宛先) 上越市長

次のとおり受託医療機関以外の医療機関等で受診した
の助成を申請
します。
妊婦一般健康診査費
産婦健康診査費該当する申請に してください。

申請者 (妊産婦本人)	フリガナ氏名	ジョウエツ ハナコ 上越 花子		母子健康手帳番号	1234					
	生年月日	昭和・平成 6年 11月 22日 (28歳)								
	住所	〒943-**** 昼間の連絡先電話番号 090 (1234) 5678 上越市木田 1-1-3								
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							
振込先	金融機関名	第四北越銀行			支店名	上越市役所出張所				
	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	口座名義人 ※妊産婦本人	(カタカナでご記入ください) ジョウエツ ハナコ								

○住民基本台帳の閲覧等の承諾欄

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、住民基本台帳の閲覧及び受診機関への支払内訳の確認をすることについて、承諾します。

(申請者) 住所 上越市木田 1-1-3

氏名 上越 花子

(署名の場合は押印不要)

署名の場合は押印不要です。

備考 領収書がない場合は、医療機関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)
	令和 年 月 日	円	円 ()
	令和 年 月 日	円	円 ()
	令和 年 月 日	円	円 ()
	令和 年 月 日	円	円 ()
	令和 年 月 日	円	円 ()
	令和 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	
	令和 年 月 日		円
上記のとおり領収しました。 令和 年 月 日			
医療機関 所在地 名 称 代表者氏名			