

妊婦健康診査等検査費用助成金支給申請書兼請求書

呉市長様

年 月 日

申請者 _____ (印)

妊婦健康診査等検査費用助成金の支給を受けたいので、次の関係書類を添えて申請します。

下記指定口座への振込みを依頼します。ただし、申請内容に偽りや相違があり支給できなかった場合は、速やかに支給済費用を返還することに同意します。

※スタンプ印不可

受 診 者	ふりがな 妊産婦氏名		生年月日	年	月	日
	ふりがな 乳児氏名		生年月日	年	月	日
	住所	〒 _____				
振 込 先	金融機関名	銀行 組合 金庫 農協			本店 出張所 支店	
	預金種別	普通・当座	口座番号			
	(ふりがな) 口座名義人					

※太枠内を記入

※口座情報が確認できる通帳等の写しを添付

口座名義が違う場合は、委任状が必要

1 領収書及び診療明細書（医療機関等発行）

診療明細（内訳・金額等）・病院名・連絡先の記入があるもの

2 母子健康手帳の写し等（医療機関が記入したもの）

各健康診査結果の表示のあるページ（写し）

3 妊婦健康診査等補助券（別冊）健康診査の種類（該当するものに✓）

	妊婦一般健康診査補助券（ 回目～ 回目：計 回分）
	妊婦一般健康診査検査券 新生儿聴覚検査補助券
	子宮頸がん検診受診券 ※助成対象項目にチェック・記入 受診票
	クラミジア検査受診券 3～4か月児健康診査受診票
	妊婦歯科健康診査受診券 乳児後期健康診査受診票
	産婦健康診査補助券（産後2週間・1か月）

決定日	年 月 日	受付印	
助成決定額	妊婦・乳児健診等		円
	産婦健康診査		円
	合計	円	

※記入不要