

朝日町妊産婦健康診査費償還払い助成金申請書兼請

記入例

令和〇年 〇月 〇日

朝日町長 殿

下記のとおり朝日町妊産婦健康診査費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

フリガナ 申請者氏名	〇〇 〇〇 印	生年月日	昭和 平成	〇年 〇月 〇日			
申請者住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 朝日町 〇〇 □-△ 電話番号 自宅 〇〇-〇〇〇〇 携帯 〇〇〇-〇〇〇〇〇-〇〇〇〇						
助成申請内容	健康診査種別	受診月日	医療機関名	受診者負担額 (A)	助成限度額 (B)	(A)と(B)を比べて少ない額	
	妊婦一般健康診査	1回目	〇月 〇日	□□病院	円	円	円
		2回目	〇月 〇日	□□病院	円	円	円
		3回目	〇月 〇日	□□病院	円	円	円
		4回目	〇月 〇日	□□病院	円	円	円
		5回目	〇月 〇日	□□病院	円	円	円
		6回目	〇月 〇日	□□病院	円	円	円
		7回目	〇月 〇日	□□病院	円	円	円
		8回目	〇月 〇日	□□病院	円	円	円
		9回目	〇月 〇日	□□病院	円	円	円
		10回目	〇月 〇日	□□病院	円	円	円
		11回目	〇月 〇日	□□病院	円	円	円
		12回目	〇月 〇日	□□病院	円	円	円
		13回目	〇月 〇日	□□病院	円	円	円
		14回目	〇月 〇日	□□病院	円	円	円
妊婦精密健康診査	〇月 〇日	□□病院	円	円	円		
産婦健康診査(2週間健診)	〇月 〇日	□□病院	円	円	円		
産婦健康診査(1か月健診)	〇月 〇日	□□病院	円	円	円		
助 成 申 請 額					④ 円		
振込先	口座振替 指定金融機関	〇〇	銀行 金庫 農協	〇〇	本店 支店 支所		
	指定口座	① 普通 2 当座	口座番号 (右詰で記入)	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	
	フリガナ	〇〇〇〇 〇〇〇〇					
口座名義	〇〇 〇〇						

※太枠内をご記入ください
(添付書類) 1. 妊産婦健康診査本費に係る領収書

<書き方>

- ① お手持ちの領収証の「保険外診療(自費)」に記載されている金額をそのまま記入して下さい。
- ② 「妊産婦健康診査費助成制度について」の案内文に記載されている上限額をそのまま記入して下さい。
- ③ 受診者負担額(A)と助成限度額(B)を比べて、少ない方の金額を記入して下さい。
- ④ ③の欄の合計額と妊婦精密健康診査の受診者負担額(A)の金額の合計を記入して下さい。

※記入の仕方が分からない場合は、未記入のまま保健センターへお持ちください。

--