

朝日町妊産婦健康診査費償還払い助成金申請書兼請求書

年 月 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	印	生年月日	昭和 平成	年	月	日
申請者住所	〒 朝日町 電話番号 自宅 携帯					
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	月 日	円	円	円
		2回目	月 日	円	円	円
		3回目	月 日	円	円	円
		4回目	月 日	円	円	円
		5回目	月 日	円	円	円
		6回目	月 日	円	円	円
		7回目	月 日	円	円	円
		8回目	月 日	円	円	円
		9回目	月 日	円	円	円
		10回目	月 日	円	円	円
		11回目	月 日	円	円	円
		12回目	月 日	円	円	円
		13回目	月 日	円	円	円
		14回目	月 日	円	円	円
妊婦精密健康診査	月 日		円	円	円	
産婦健康診査(2週間健診)	月 日		円	円	円	
産婦健康診査(1か月健診)	月 日		円	円	円	
助 成 申 請 額						円
振込先	口座振替 指定金融機関	銀行 金庫 農協				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)			
	フリガナ					
	口座名義					

※太枠内をご記入ください

(添付書類) 1 妊産婦健康診査費に係る領収書

2 医療機関等が記載したそれぞれの健康診査に係る下記の書類

・妊婦一般健康診査の場合:「妊婦一般健康診査受診票兼健康診査費請求書」

・妊婦精密健康診査の場合:「妊婦精密健康診査受診申請書」

・産婦健康診査の場合:「産婦健康診査受診票兼健康診査費用請求書」

(保健センター記入欄)

申請受理年月日

--