

妊婦健康診査助成金交付申請書

年 月 日

多久市長 様

住所

氏名

妊婦健康診査を受診しましたので、多久市妊婦健康診査事業実施要綱第11条の規定に基づき、次のとおり申請します。なお、この申請に基づく助成金の交付の決定に当たり確認等が必要な場合には、市が受診した医療機関等に問い合わせることに同意します。

受診者氏名	①	出産年月日	
受診者住所			
母子健康手帳交付日		母子手帳 No	
受診した医療機関等名			
医療機関の所在地			
受診内容	妊婦健診受診票番号	年 月 日	
受診年月日		年 月 日	
(該当する受診票番号に○印を付けてください)	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	年 月 日	
	8, 9, 10, 11, 12, 13, 14	年 月 日	

(注1) 申請書には、次にあげる書類を添付してください。

- ① 受診した検査項目を確認することのできる書類
(検査結果の記載された受診票または母子健康手帳の写しなど)
- ② 健康診査の受診に際し負担した費用の額を確認することのできる書類
(領収書：受診者氏名、受診日、領収金額、医療機関等の名称等、領収印)

(注2) この申請書を提出する際は、母子健康手帳、印鑑、預金通帳を持参してください

(注3) 助成金の申請は、出産日から起算して1年以内に行ってください

助成金計算書（この欄には記入しないでください）

支払い金額 (a)				市委託金額 (b) 円	決定額 (a)(b)のいずれか少ないほうの金額
受診日	回数	金額×回数	総合計額 円		

振込先金融機関

銀行 農協	支店	口座番号	ふりがな 口座名義人
	支所		
ゆうちょ銀行	記号	番号	ふりがな 口座名義人