

基山町里帰り等妊婦健康診査費助成申請書兼請求書

年 月 日

基山町長様

〈申請者〉

住所

氏名

印

電話

里帰り出産などの為( 助産所 ・ 指定外医療機関 )で妊婦健康診査を受診し、費用を負担したので、基山町妊婦健康診査実施要綱第9条の規程により、次のとおり費用の助成について申請及び請求します。

また、この申請内容について、公簿との照会及び医療機関等へ確認することに同意します。

記

対象妊婦氏名				
助成対象妊婦健診	受診年月日	受診医療機関	費用負担額	※助成金額
	年 月 日		円	円
	年 月 日		円	円
	年 月 日		円	円
	年 月 日		円	円
	年 月 日		円	円
	年 月 日		円	円
	年 月 日		円	円
	年 月 日		円	円
	年 月 日		円	円
	年 月 日		円	円
	年 月 日		円	円
	年 月 日		円	円
	年 月 日		円	円

助成金額総計 円

口座振替依頼書

助成金については下記の口座に振り込んでください

振込み先金融機関	預金種別	口座番号
銀行 支店	普通 当座	
口座名義人(カタカナ)		

注1) 添付書類①妊婦健康診査受診医療機関の領収書 (受診者氏名、保険適用外の妊婦健康診査費用であること、健診年月日、領収金額、医療機関の確認ができるもの。)

②未使用の妊婦健診受診票(紛失や破棄された場合は使用したものとみなします。)

注2) 申請者と口座名義人は、同一をお願いします。

注3) 申請期間は、最後の妊婦健康診査受診日から1年以内です。

注4) 助成回数の上限は、妊婦健診受診票の使用回数と合わせて14回です。