

諫早市妊婦一般健康診査助成金交付申請書

平成 年 月 日

諫早市長様

申請者の住所 諫早市

申請者の氏名

印

妊婦一般健康診査を長崎県外で受診したので、平成 年度諫早市妊婦一般健康診査県外受診に係る助成金交付要領第5項の規定により関係書類を添えて申請します。なお、この健診結果が、健診事後指導や医学的な統計に使用されることに同意します。

フリガナ			生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)		
受診者氏名			出産(予定)日	平成 年 月 日		
住所	〒 諫早市		TEL	()		
連絡先 (里帰り先)	〒 (様方)		TEL	()		
健診回数 受診日	今回請求する回数に○を付け、その受診日を記載してください。					
	1回目	H 年 月 日	6回目	H 年 月 日	11回目	H 年 月 日
	2回目	H 年 月 日	7回目	H 年 月 日	12回目	H 年 月 日
	3回目	H 年 月 日	8回目	H 年 月 日	13回目	H 年 月 日
	4回目	H 年 月 日	9回目	H 年 月 日	14回目	H 年 月 日
	5回目	H 年 月 日	10回目	H 年 月 日		
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所	預金種別	普通・当座
	フリガナ			口座番号		
	口座名義人					

*本申請が承認された場合は、上記口座(申請者名義)に振り込んでください。なお、申請者と受診者が異なる場合は、請求に係る委任状または関係を証明する書類を添付します。

【請求内訳】

(単位：円)

区分	ア 領収金額	イ 支給限度額	請求額 (アとイのうち少ない額)	区分	ア 領収金額	イ 支給限度額	請求額 (アとイのうち少ない額)
1回目		6,300		8回目		11,700	
2回目		15,000		9回目		5,000	
3回目		5,000		10回目		5,000	
4回目		9,000		11回目		9,000	
5回目		9,000		12回目		5,000	
6回目		5,000		13回目		5,000	
7回目		5,000		14回目		5,000	
						総合計	

* (添付書類) 領収書(原本又は写し)・該当する受診票(結果記載のあるもの)

* (注) 受診した日から1年以内に、1回分又は数回分をまとめて申請ください。

(請求額の訂正はできません。)

領収書添付欄