

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 諫早市東小路町7番1号

申請者の氏名 諫早 花子

申請者と受診者が異なる場合は、委任状又は関係を証明する書類が必要です。

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	イサハヤ ハナコ		生年月日	昭和 平成 62年4月5日 (31歳)	
受診者氏名	諫早 花子		出産(予定)日	平成 30年 5月22日	
住所	〒854-0014 諫早市 東小路町7番1号	住民票上の住所	TEL	( 0957 ) 22-0000	
連絡先 (里帰り先)	〒 (長崎 様方) 福岡市〇〇区〇〇町 12-5		TEL	( 095 ) 824-0000	
健診回数 受診日	今回請求する回数に〇を付け、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 H30年4月27日
	2回目	H 年 月 日	7回目	H 年 月 日	12回目 H30年5月4日
	3回目	H 年 月 日	8回目	H 年 月 日	13回目 H30年5月11日
	4回目	H 年 月 日	9回目 H30年4月6日	14回目 H30年5月18日	
	5回目	H 年 月 日	10回目 H30年4月20日		
振込先	金融機関名	諫早	銀行 金庫 農協 漁協	本店 支店 出張所	預金種別 普通・当
	フリガナ	イサハ ハナコ	口座番号	0 1 2 3 4 5 6	
	口座名義人	諫早 花子			

県外での受診分のみを記入

口座名義と受診者が異なる場合は、委任状が必

\*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。

右詰め

【請求内訳】 妊婦健診に要した費用のみ記入 (医療保険を使った治療費は含まない) 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	6,000	5,000	5,000
3回目		5,000		10回目	8,000	5,000	5,000
4回目		9,000		11回目	8,000	9,000	8,000
5回目		9,000		12回目	9,000	5,000	5,000
6回目		5,000		13回目	8,000	5,000	5,000
7回目		5,000		14回目	8,000	5,000	5,000
				総合計			33,000

金額を間違った場合は、書き直してください。(修正不可)

\* (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。)