

# 妊産婦健康診査費用助成申請書

大熊町長 様

年 月 日

次のとおり妊産婦健康診査費用の助成を申請します。

また、大熊町がこの申請に必要な情報について調査する事及び医療機関等に照会することに同意します。

申請者 (助成対象者)	住 所	〒979-130 大熊町大字		
	(フリガナ)			
	氏 名	印		
	生年月日	昭・平 年 月 日	連絡先	( )

## 1. 妊産婦健康診査受診状況

	受 診 日	受診券 利用の有無	医 療 機 関 名	医療機関に支払った額 (自己負担額)
1	年 月 日	有・無		円
2	年 月 日	有・無	<input type="checkbox"/> 同上	円
3	年 月 日	有・無	<input type="checkbox"/> 同上	円
4	年 月 日	有・無	<input type="checkbox"/> 同上	円
5	年 月 日	有・無	<input type="checkbox"/> 同上	円
6	年 月 日	有・無	<input type="checkbox"/> 同上	円
7	年 月 日	有・無	<input type="checkbox"/> 同上	円
8	年 月 日	有・無	<input type="checkbox"/> 同上	円
9	年 月 日	有・無	<input type="checkbox"/> 同上	円
10	年 月 日	有・無	<input type="checkbox"/> 同上	円
11	年 月 日	有・無	<input type="checkbox"/> 同上	円
12	年 月 日	有・無	<input type="checkbox"/> 同上	円
13	年 月 日	有・無	<input type="checkbox"/> 同上	円
14	年 月 日	有・無	<input type="checkbox"/> 同上	円
15	年 月 日	有・無	<input type="checkbox"/> 同上	円
産後	年 月 日	有・無	<input type="checkbox"/> 同上	円
産後	年 月 日	有・無	<input type="checkbox"/> 同上	円
合 計 ( 助 成 申 請 額 )				円

## 2. 振込先

振込先	金融機関名	銀行・金庫 信組・農協			本店・支店 出張所	
	預金種別	普通 当座	口座 番号		フリガナ	口座名義人

## 3. 添付書類

※口座名義人=申請者となります。

母子手帳の写し (受診日のわかるもの)  領収書 (原本)  診療報酬明細書 (原本)

⇒産後については産後の記録のページも必要です。

※市町村処理欄	継続	個人コード:
---------	----	--------