

妊産婦健康診査費助成金交付申請書(請求書)

稚内市長 様

申請者/請求者

フリガナ 妊産婦氏名	生年月日	住所	
	昭和 平成 年 月 日	電話番号 ()	
出産予定日又は出産日	平成 令和 年 月 日 (予定日・出産日)	受診票番号	

代理人

フリガナ 氏名	性別	生年月日	住所
	男・女	昭和 平成 年 月 日	電話番号 ()

妊婦一般健康診査

妊婦一般健康診査日	実施医療機関等	費用	妊婦一般健康診査日	実施医療機関等	費用
1 平成 年 月 日		円	8 平成 年 月 日		円
2 平成 年 月 日		円	9 平成 年 月 日		円
3 平成 年 月 日		円	10 平成 年 月 日		円
4 平成 年 月 日		円	11 平成 年 月 日		円
5 平成 年 月 日		円	12 平成 年 月 日		円
6 平成 年 月 日		円	13 平成 年 月 日		円
7 平成 年 月 日		円	14 平成 年 月 日		円

妊婦一般健康診査費合計額(1~14回)

円

妊婦一般健康診査日	実施医療機関等	費用	妊婦一般健康診査日	実施医療機関等	費用
15 平成 年 月 日		円	16 平成 年 月 日		円

妊婦一般健康診査費合計額(15~16回)

円

超音波検査

超音波検査日	実施医療機関等	費用	超音波検査日	実施医療機関等	費用
1 平成 年 月 日		円	4 平成 年 月 日		円
2 平成 年 月 日		円	5 平成 年 月 日		円
3 平成 年 月 日		円	6 平成 年 月 日		円

超音波検査費合計額(1~6回)

円

産婦健康診査日	実施医療機関等	費用	産婦健康診査日	実施医療機関等	費用
1 平成 年 月 日		円	2 平成 年 月 日		円

産婦健康診査費合計額(1~2回)

円

振込指定金融機関(妊産婦本人名義の口座)

振込指定金融機関名	本支店名	口座分類	口座番号 (右詰めで記入)	フリガナ 口座名義
銀行・金庫 農協・漁協	本店・本所 支店・支所	1.普通 2.当座		
金融機関コード	支店コード			

ゆうちょ銀行を指定の場合は下記にご記入下さい。

記号 (左詰めで記入)	番号 (右詰めで記入)	フリガナ 口座名義	※ 記号に6桁目がある場合は※欄にご記入下さい。 ※ 記号の1桁目「1」と5桁目「0」は記入済です。
1 0 - ※			

同意事項

- ① 医療機関等の領収書、母子健康手帳、受診票(未使用含む)等関係書類を添付します。
- ② 代理人が申請するときは、身分証明書を提示します。
- ③ 妊産婦健康診査の内容及び結果等を医療機関等に照会することが必要となった場合は、その照会を一任します。
- ④ 妊産婦健康診査費助成金の受領に際して、不備不正が判明した場合は返還に応じます。

上記の事項に同意の上、妊産婦健康診査費助成金の交付を申請します。 令和 年 月 日

申請代理人

申請者氏名

印

フリガナ 氏名	性別	生年月日	住所	妊産婦との 関係
	男・女	昭和 平成 年 月 日	電話番号 ()	

妊産婦本人(請求者)が申請するのが困難な場合、代理人による申請を行う事ができます。

上記の者を申請者の代理人と認め、妊産婦健康診査費助成金交付の申請を委任します。 令和 年 月 日

妊産婦(申請者)氏名

印