

※記入しないでください。

令和 年 月 日

妊婦・妊婦歯科健康診査・新生児聴覚検査・1か月児及び産婦健康診査費助成金支給申請書

呉市長 様

※太枠内をご記入ください。

<p>※対象者が妊・産婦の場合、申請者は妊・産婦の氏名を書いてください。</p>	<p>申請者 (受診者又は保護者) (〒737-0000)</p>	<p>住所 呉市和庄●丁目■一▲</p>	<p>※朱肉印</p>
	<p>氏名 呉市 花子 印</p>	<p>電話番号 (0823) 21-0000 (携帯) 090 - 2222 - 3333</p>	
<p>※妊・産婦と子どもが対象の場合は、2人の氏名と生年月日を書いてください。</p>	<p>対象者(受診者)</p>	<p>住所 同上</p>	
		<p>氏名 呉市 花子 (S60年5月5日生)</p>	
		<p>(子)氏名 呉市 つばき (H31年4月1日生)</p>	

※以下は、事務処理時に記入しますので、記入しなくてもかまいません。

妊婦・妊婦歯科健康診査・新生児聴覚検査・1か月児及び産婦健康診査費助成金の支給を受けたいので、次の関係書類を添えて申請します。

- 1 領収書及び診療明細書(医療機関等発行)  
診療明細(内訳・金額等)・病院名・連絡先の記入があるもの
- 2 母子健康手帳の写し等(医療機関が記入したもの)  
(1) 各健康診査結果の表示のあるページ(写し)  
(2) 産婦健康診査結果票・エジンバラ質問票(結果)
- 3 妊婦健康診査等補助券(別冊)・産婦健康診査補助券(別冊)  
健康診査の種類(該当するものに○をしてください。)  
(1) 妊婦一般健康診査補助券( 回目～ 回目:計 回分)  
  
(2) 妊婦一般健康診査検査券  
  
(3) 子宮頸がん検診受診券  
  
(4) クラミジア検査受診券  
  
(5) 妊婦歯科健康診査受診券  
  
(6) 新生児聴覚検査補助券  
  
(7) 1か月児健康診査受診票  
  
(8) 産婦健康診査補助券(産後2週間・1か月)

注)助成額は、保険給付外(自費)の健診費用が対象です。但し、上限額(呉市委託契約額)あり。

※間違えた場合は訂正印が必要です。

※記入しないでください。

令和 年 月 日

妊婦・妊婦歯科健康診査・新生児聴覚検査・1か月児健康診査費助成金請求書

※産婦健康診査費の請求書は、別紙 様式第4号-②です。

呉市長 様

※太枠内をご記入ください。

請求者

住所 呉市和庄●丁目■一▲

氏名 呉市 花子 印

※印は申請書と同じ印を、はっきり押して

※記入しないでください。

令和 年 月 日付呉保地第 号で交付決定を受けた妊婦・妊婦歯科健康診査・新生児聴覚検査・1か月児健康診査費助成金について、次のとおり請求します。

金 額 \_\_\_\_\_ 円

※ゆうちょ銀行の場合、支店名は3ケタの数字、口座番号は7ケタです。通帳(表紙)を開いて下側のページをご確認のうえ、記入してください。

(ゆうちょ銀行の記入例)

振込先							
金融機関名	ゆうちょ <input checked="" type="radio"/> 銀行・信用金庫・信用組合・労働金庫・農協						
支店名	456 <input checked="" type="radio"/> 支店 出張所						
預金種別	<input checked="" type="radio"/> 普通・当座						
口座番号	1	2	3	4	5	6	7
フリガナ	クシ ハナコ						
氏名	呉市 花子						

※口座情報が確認できる通帳等の写しを添付してください。

※間違えた場合は訂正印が必要です。