指定医療機関以外にて受診される方用　　（様式第１号）　R8.4.1～

八代市妊婦健康診査費助成申請書

妊

※太枠内を記入の上、提出してください。 注:申請者と口座名義人は同じにしてください。

申請者の記入欄

八代市長様　　申請日　　年　　月　　日

下記のとおり申請します。〒

申請者　住　所　八代市

氏　名

電話番号　（　　－　　－　　）

振込口座

銀行・農協 信金・信組・労金　本店・支店 本所・支所　普通・当座 貯蓄・別段　口座番号

口座名義人

（カタカナで30字まで）

母子健康手帳番号										号											
妊婦氏名										生年月日	昭和 平成		年		月		日				
出産予定日			年		月		日	出産済の場合は記載ください 出産日　年　月　日													

※医療機関記入欄

	健診日	週数	健診結果	自己負担金	※健康推進課記入欄	払戻し金額	上限額
1	月　日	週	血圧　尿蛋白　尿糖　他の所見	円		円	円
2	月　日	週	血圧　尿蛋白　尿糖　他の所見	円		円	円
3	月　日	週	血圧　尿蛋白　尿糖　他の所見	円		円	円
4	月　日	週	血圧　尿蛋白　尿糖　他の所見	円		円	円
5	月　日	週	血圧　尿蛋白　尿糖　他の所見	円		円	円

上記の自己負担金を領収したことを証明します。

医療機関の
住所及び名称　　㊞

☆ 別紙１に定める実施内容、公費負担額を上限とします。

健康推進課記入欄

市助成回数	
市助成金額	円
受付番号	

注意事項

- ☛ 医療機関の住所及び名称と医療機関の押印は必ずもらってください。
- ☛ 申請に必要なもの：母子健康手帳、領収書・明細書（原本）、印鑑（シャチハタ不可）、通帳又はカード（振込先確認のため）熊本県妊婦健診受診票（記入・未記入問わず、全ての受診票）
- ☛ **出産後１年以内に申請してください。**
  （配偶者等代理の方でも申請できます。）

☆　提出先　：　八代市健康推進課（市役所2階、もしくは鏡保健センター）