

八代市妊婦健康診査費助成申請書

妊

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

八代市長様

下記のとおり申請します。〒

申請者 住所 八代市
 氏名 _____ (印)
 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)

申請者の記入欄

母子健康手帳番号	<input type="text"/>	号
妊婦氏名	<input type="text"/>	生年月日 昭和 年 月 日
出産予定日	<input type="text"/>	年 月 日 出産済の場合は記載下さい 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	払戻し金額
	月	日		尿蛋白	尿糖	他の所見		
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	週	尿蛋白	尿糖	他の所見	円	円
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	週	尿蛋白	尿糖	他の所見	円	円
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	週	尿蛋白	尿糖	他の所見	円	円
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	週	尿蛋白	尿糖	他の所見	円	円
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	週	尿蛋白	尿糖	他の所見	円	円

上限額

円
円
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

(印)

☆ 別表(4条関係)に定める実施内容、公費負担額を上限とします。

☆ 妊婦定期健康診査に要した自己負担金分を払い戻しします。

保健センター記入欄	市助成回数	<input type="text"/>
	市助成金額	円
	受付番号	<input type="text"/>

注意事項

- 医療機関の住所及び名称と医療機関の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、領収書等、印鑑(シャチハタ不可)通帳(振込先)、妊婦健康診査受診票(結果が記入されたもの)
- 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。)