

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	
	電話番号	(— —)

振込口座

銀行・農協
信金・信組・労金

本店・支店 普通・当座
本所・支所 貯蓄・別段

□座番号

[illegible]

(カタカナで30字まで)

[illegible]

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下さい 出産日	年	月	日
-------	---	---	---	---------------------	---	---	---

申請者の記入欄

健診日					週数		健診結果						自己負担金		払戻し金額	
※医療機関記入欄	1	月	日		週	血圧	尿蛋白	尿糖	他の所見			円		円		
	2	月	日		週	血圧	尿蛋白	尿糖	他の所見			円		円		
	3	月	日		週	血圧	尿蛋白	尿糖	他の所見			円		円		
	4	月	日		週	血圧	尿蛋白	尿糖	他の所見			円		円		
	5	月	日		週	血圧	尿蛋白	尿糖	他の所見			円		円		

※健康推進課記入欄

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	
	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）、通帳等（振込先）
妊婦健康診査受診票（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 ・ 八代市鏡保健センター

申請日 年 月 日