

妊産婦健康診査費助成金申請書兼請求書

年 月 日

南九州市長 様

南九州市妊産婦・乳幼児健康診査委託事業実施要綱第14条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり妊産婦健康診査受診費に係る償還払い助成金について申請します。

ふりがな 受診者氏名	㊟		生年月日	年 月 日	
受診者住所	【電話番号】				
助成申請内容	健康診査種別	健診受診日	申請額	受診日チェック	決定額
	妊婦健康診査(1回目)	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査(2回目)	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査(3回目)	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査(4回目)	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査(5回目)	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査(6回目)	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査(7回目)	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査(8回目)	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査(9回目)	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査(10回目)	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査(11回目)	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査(12回目)	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査(13回目)	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査(14回目)	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査(多胎妊婦)	年 月 日	円		円
産婦健康診査(産後2週間)	年 月 日	円		円	
産婦健康診査(産後1箇月)	年 月 日	円		円	
合計	回	円		円	
振込先	本・支店名	種別	口座番号	口座名義	
銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	普通 当座		フリガナ	
上記受診費に係る助成金の受領に関することを下記の者に委任します。					
受任者 住所					
氏名		㊟ 受診者との続柄			

処理欄(下枠内は記入不要)

決定年月日	年 月 日	支給決定額	円
-------	-------	-------	---

◎申請上の注意

- この申請書は、南九州市民の方で、医療機関(国内のみ)において妊産婦健康診査を受診された方が受診費の払戻しを受けるための書類です。
- 申請者は、医療機関発行の領収書及び母子健康手帳(の写し)と受診票を添付してください。受診票1枚につき助成は1回しか受けられません。
- 受診費に係る助成金の請求は、妊産婦健康診査を受診した翌日からできます。申請については、出産日から起算して6月以内に請求してください。