

伊万里市妊婦・乳児一般健康診査受診費助成交付申請書

伊万里市長 様

申請者 住所 伊万里市
氏名
電話

伊万里市が委託する医療機関以外で妊婦健康診査及び乳児一般健康診査を受診し、費用を負担したので、伊万里市妊婦及び乳幼児健康診査実施要綱第9条第2項の規定により、下記のとおり助成金を申請します。この申請内容については、公簿との照合及び医療機関等に確認することに同意します。

| 受診者名 | | 生年月日 | | 年 月 日 | |
|--------|----|-------|-------|-------|--------|
| 妊婦健康診査 | 種類 | 受診年月日 | 医療機関名 | 負担費用額 | 助成基準額※ |
| | 伊一 | 年 月 日 | | 円 | ※ 円 |
| | 伊一 | 年 月 日 | | 円 | ※ 円 |
| | 伊一 | 年 月 日 | | 円 | ※ 円 |
| | 伊一 | 年 月 日 | | 円 | ※ 円 |
| | 伊一 | 年 月 日 | | 円 | ※ 円 |
| | 伊一 | 年 月 日 | | 円 | ※ 円 |
| | 伊一 | 年 月 日 | | 円 | ※ 円 |

※は記載不要です ※助成金額合計 金 円

| 受診者名 | | 生年月日 | | 年 月 日 | |
|----------|-------|-------|-------|--------|---|
| 乳児一般健康診査 | 受診年月日 | 医療機関名 | 負担費用額 | 助成基準額※ | |
| | 年 月 日 | | 円 | ※ | 円 |
| | 年 月 日 | | 円 | ※ | 円 |

※は記載不要です ※助成金額合計 金 円

伊万里市妊婦・乳児一般健康診査受診費助成金口座振替依頼書

助成金については、次の口座に振り込みを依頼します。

| | | | | | | | |
|---------|------|-----------------|--|--|--|--|--|
| 金融機関名 | | 本店 支店 出張所 | | | | | |
| 預金項目 | 1 普通 | 口座番号 | | | | | |
| | 2 当座 | | | | | | |
| 口座名義人 ※ | | | | | | | |

※添付書類 ①結果を記入した「妊婦健診受診票 (補助券)」「乳児一般健康診査受診票」の原本又はその写し

②妊婦健診受診票及び乳児一般健診受診費の領収書又はその写し

※助成金額 各健診の自己負担額か各妊婦健診票の単価のいずれか低い方の金額

※申請期間 妊婦健康診査及び乳児一般健康診査を最後に受診した日から1年間

※債権者と口座番号が異なる場合は、名義人への領収権の委任とします