

様式第2号（第8条関係）

大洲市妊婦一般健康診査費及び産婦健康診査費助成申請書

年 月 日

(宛先)
大洲市長 様

申請者（健診受診者）

〒

住所 _____

氏名 _____

電話 () _____

下記のとおり国内において委託医療機関等以外で受診しましたので、関係書類を添えて、大洲市妊婦一般健康診査費及び産婦健康診査費の助成申請をします。

なお、本申請に係る審査のため、住民登録情報の閲覧について承諾します。

助成対象健診		健診受診日	助成申請額	公費負担限度額	決定額
妊婦健康診査A券	(第1回)妊婦一般健康診査	年 月 日	円	円	円
	(第2回)妊婦一般健康診査	年 月 日	円	円	円
	(第3回)妊婦一般健康診査	年 月 日	円	円	円
	(第4回)妊婦一般健康診査	年 月 日	円	円	円
	(第5回)妊婦一般健康診査	年 月 日	円	円	円
妊婦健康診査B券	(第1回)妊婦一般健康診査	年 月 日	円	円	円
	(第2回)妊婦一般健康診査	年 月 日	円	円	円
	(第3回)妊婦一般健康診査	年 月 日	円	円	円
	(第4回)妊婦一般健康診査	年 月 日	円	円	円
	(第5回)妊婦一般健康診査	年 月 日	円	円	円
	(第6回)妊婦一般健康診査	年 月 日	円	円	円
	(第7回)妊婦一般健康診査	年 月 日	円	円	円
	(第8回)妊婦一般健康診査	年 月 日	円	円	円
	(第9回)妊婦一般健康診査	年 月 日	円	円	円
産婦健康診査	産後2週間	年 月 日	円	円	円
	産後1か月	年 月 日	円	円	円
合 計			円		円

(注) 助成申請額は、実際に検診に要した費用の額とする。ただし、公費負担の限度額を上限とする。

振込先口座情報

振込先金融機関名		フリガナ(必須) 口座名義人	種別	口座番号
銀行	支店		普通	
農協	支所		当座	
金庫	出張所		その他	

市担当者確認欄

A券	領収書	<input type="checkbox"/> 第1回	<input type="checkbox"/> 第2回	<input type="checkbox"/> 第3回	<input type="checkbox"/> 第4回	<input type="checkbox"/> 第5回				
	未使用の受診票	<input type="checkbox"/> 第1回	<input type="checkbox"/> 第2回	<input type="checkbox"/> 第3回	<input type="checkbox"/> 第4回	<input type="checkbox"/> 第5回				
	母子健康手帳	<input type="checkbox"/> 第1回	<input type="checkbox"/> 第2回	<input type="checkbox"/> 第3回	<input type="checkbox"/> 第4回	<input type="checkbox"/> 第5回				
B券	領収書	<input type="checkbox"/> 第1回	<input type="checkbox"/> 第2回	<input type="checkbox"/> 第3回	<input type="checkbox"/> 第4回	<input type="checkbox"/> 第5回	<input type="checkbox"/> 第6回	<input type="checkbox"/> 第7回	<input type="checkbox"/> 第8回	<input type="checkbox"/> 第9回
	未使用の受診票	<input type="checkbox"/> 第1回	<input type="checkbox"/> 第2回	<input type="checkbox"/> 第3回	<input type="checkbox"/> 第4回	<input type="checkbox"/> 第5回	<input type="checkbox"/> 第6回	<input type="checkbox"/> 第7回	<input type="checkbox"/> 第8回	<input type="checkbox"/> 第9回
	母子健康手帳	<input type="checkbox"/> 第1回	<input type="checkbox"/> 第2回	<input type="checkbox"/> 第3回	<input type="checkbox"/> 第4回	<input type="checkbox"/> 第5回	<input type="checkbox"/> 第6回	<input type="checkbox"/> 第7回	<input type="checkbox"/> 第8回	<input type="checkbox"/> 第9回
産婦	第1回	<input type="checkbox"/> 領収書	<input type="checkbox"/> 未使用の受診票	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳	<input type="checkbox"/> EPDS					
	第2回	<input type="checkbox"/> 領収書	<input type="checkbox"/> 未使用の受診票	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳	<input type="checkbox"/> EPDS					

大洲市妊婦一般健康診査費及び産婦健康診査費助成請求書

年 月 日

(宛先)
大 洲 市 長 様

受診票番号

住所 大洲市

氏名 _____

電話 () - _____

下記のとおり助成金の請求をいたします。

請求金額				円
振込先				
金融機関名	銀行 農協 金庫		支店 支所 出張所	
普通 / 当座 / その他	口座番号			
(フリガナ) 口座名義人				

口座名義人が助成対象者本人でない場合は、下記の委任状欄に記名・押印してください。

委任状	
(宛先) 大洲市長 様	年 月 日
委任者 (助成対象者)	
住所	
氏名	
下記の者に大洲市妊婦一般健康診査費及び産婦健康診査費助成金の受領を委任します。	
受任者 (口座名義人)	
住所	
氏名	