

熊取町妊産婦健康診査助成申請書

年 月 日

申請先 熊取町長

申請者 住 所 〒

氏 名

(署名または記名押印)

電 話

下記の通り必要書類を添えて申請します。なお、助成金は下記へ振り込み願います。

熊取町がこの申請に必要な情報について調査すること及び医療機関等に妊産婦健康診査について照会することに同意します。

| 回数 | 受診年月日 | 週数 | 申請額 (保険適用外の妊産婦健診受診料) | 領収書金額確認 (熊取町使用欄) | 助成決定額 (熊取町使用欄) |
|--------------------|-----------------|---------|-------------------------|---------------------|-------------------|
| 妊婦1 | 年 月 日 | 週 | 円 | 円 | 円 |
| 妊婦2 | 年 月 日 | 週 | 円 | 円 | 円 |
| 妊婦3 | 年 月 日 | 週 | 円 | 円 | 円 |
| 妊婦4 | 年 月 日 | 週 | 円 | 円 | 円 |
| 妊婦5 | 年 月 日 | 週 | 円 | 円 | 円 |
| 妊婦6 | 年 月 日 | 週 | 円 | 円 | 円 |
| 妊婦7 | 年 月 日 | 週 | 円 | 円 | 円 |
| 妊婦8 | 年 月 日 | 週 | 円 | 円 | 円 |
| 妊婦9 | 年 月 日 | 週 | 円 | 円 | 円 |
| 妊婦10 | 年 月 日 | 週 | 円 | 円 | 円 |
| 妊婦11 | 年 月 日 | 週 | 円 | 円 | 円 |
| 妊婦12 | 年 月 日 | 週 | 円 | 円 | 円 |
| 妊婦13 | 年 月 日 | 週 | 円 | 円 | 円 |
| 妊婦14 | 年 月 日 | 週 | 円 | 円 | 円 |
| 妊産婦助成金① の異状検出 | 年 月 日 | 週 | 円 | 円 | 円 |
| 妊産婦助成金② の異状検出 | 年 月 日 | 週 | 円 | 円 | 円 |
| 妊産婦助成金③ の異状検出 | 年 月 日 | 週 | 円 | 円 | 円 |
| 産婦1 | 年 月 日 | 週 | 円 | 円 | 円 |
| 産婦2 | 年 月 日 | 週 | 円 | 円 | 円 |
| 受診者 氏名 | | | 生 年 月 日 | 昭 和 年 月 日 平 成 | |
| 妊産婦健康診査 受診医療機関等 | | | (名 称) | | |
| | | | (所在地) 〒 (電話番号 - -) | | |
| 振込先 | 銀行 支店 | | 口座 名 義 | フリガナ | |
| | 普通 口座 当 座 番号 | 信 金 支 所 | | | |

受付者()

※以下は記入しないでください。

| 住民票の有無 | 妊 婦 回 数 | 妊婦申請額 | 妊婦助成決定額 | |
|--------|---------|-------|---------|----------|
| 有 ・ 無 | 回 | 円 | 円 | 妊産婦助成決定額 |
| | 産 婦 回 数 | 円 | 円 | 円 |
| | 回 | 円 | 円 | |