

別記様式第1号(第5条関係)

課長	補佐	係長	担当者	受付	年 月 日
				伺	年 月 日
				決裁	年 月 日

妙高市妊婦健康診査費用助成申請書

年 月 日

妙高市長 宛て

申請者

住 所 妙高市

申請者氏名

印

(妊婦本人の自署または記名押印)

電話番号

私は、県外医療機関等で妊婦健康診査を受診したので、下記のとおり妙高市妊婦健康診査費用の助成を申請します。

記

1、助成対象健診 _____回

2、同意事項 妊婦健康診査費用の助成を受けるにあたり、必要があるときは住民基本台帳の閲覧や受診医療機関への支払内訳の確認等、関係部署等への確認をすること。

3、振込先等

母子健康手帳交付番号		
振込先	金融機関名	・ 支店・所
	口座番号	普・当
	(フリガナ)	
	口座名義人	

注) 1、太枠欄に記入ください。

2、添付資料は以下のとおり。

- ・ 健診実施医療機関が発行した領収書又は支払証明書
- ・ 母子健康手帳の「妊娠中の経過」欄の写し
- ・ 使用しなかった受診票

3、申請は、妊婦本人が自署する場合は、押印を省略することができます。

4、振込先は申請者本人名義の口座を記入ください。