

年 月 日

勝山市長

申請者 住 所

氏 名

連絡先

妊産婦健康診査費償還払申請書

妊産婦健康診査費助成実施要綱の指定に基づき、妊産婦健康診査費等の償還払いを受けたいので、関係書類を添えて申請します。

なお、申請にあたり、対象者等の確認のため住民基本台帳を閲覧すること、申請内容の審査において必要な場合に、市が医療機関等に対し、受診内容の照会をすることについて同意します。

1. 対象者 _____（申請者との関係： _____）

2. 申請額 _____円

【内訳】

受診項目		支払額 (A)	上限額 (B)	申請額 (A) (B) の少ない方の額
基本的な妊婦健康診査	回目	円	円	円
	回目	円	円	円
	回目	円	円	円
	回目	円	円	円
	回目	円	円	円
	回目	円	円	円
	回目	円	円	円
	回目	円	円	円
	回目	円	円	円
	回目	円	円	円
妊婦初期血液検査		円	円	円
子宮頸がん検診		円	円	円
H T L V - 1 抗体検査		円	円	円
性器クラミジア検査		円	円	円
産婦健康診査	2週間	円	円	円
	1か月	円	円	円

3. 添付書類

- ・領収書の原本
- ・妊産婦健康診査を受けたことがわかる書類（妊産婦健康診査受診券、母子手帳等）
- ・助成金の振込を希望する口座が確認できる書類（通帳、キャッシュカードの写し等）