

筑紫野市妊婦健康診査料助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先） 筑紫野市長

- ☐ 筑紫野市妊婦健康診査実施規則第9条の規定に基づき、妊婦健康診査に係る助成金の交付を申請します。
- ☐ 申請した内容に確認の必要がある場合は、医療機関等に問い合わせすることに同意します。

1 申請者（受診者）

ふりがな			生年月日
氏名	印		年 月 日
住所 連絡先	〒	—	TEL ()
	筑紫野市		

2 助成金申請（請求）額

	健康診査種目	受診年月日	自己負担額	申請（請求）額
1	基本健診・超音波・妊娠初期血液検査	年 月 日	円	円
2	基本健診	年 月 日	円	円
3	基本健診	年 月 日	円	円
4	基本健診・超音波検査	年 月 日	円	円
5	基本健診	年 月 日	円	円
6	基本健診・貧血検査	年 月 日	円	円
7	基本健診・クラミジア検査	年 月 日	円	円
8	基本健診・超音波・貧血・血糖検査	年 月 日	円	円
9	基本健診	年 月 日	円	円
10	基本健診	年 月 日	円	円
11	基本健診・B群溶血性レンサ球菌（GBS）検査	年 月 日	円	円
12	基本健診・超音波検査	年 月 日	円	円
13	基本健診	年 月 日	円	円
14	基本健診	年 月 日	円	円
別券	子宮頸がん検診	年 月 日	円	円
申請（請求）額合計				円

3 振込先口座 ※「1 申請者」と異なる場合は、委任状が必要です。

金融機関名	銀行 信用金庫 農協	金融機関 コード					本店 支店 支所	支店 番号			
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号									
フリガナ											
口座名義											

- 【添付書類】
- ・ 医療機関等が発行する妊婦健康診査に係る領収書又はその写し（診療明細書等を含む。）
 - ・ 妊婦健康診査の結果が記載された受診券