

様式第1号（第4条関係）

井原市妊婦一般健康診査費給付申請書

年 月 日

井原市長 殿

下記のとおり、妊婦一般健康診査費の給付を申請します。

申請者	氏名	Ⓜ		生年月日	年 月 日		
	住所	井原市					
	電話番号			母子健康手帳番号			
医療機関等	住所						
	名称						
申請金額		円					
給付金振込先	金融機関名	() 銀行・信用組合・農協 () 本店・支店・支所					
	口座種別と番号	普通	・	当座			
	フリガナ 口座名義人						

※添付書類・・・医療機関等の発行する領収書（受診年月日、検査項目が分かるもの）
未使用の妊婦健康診査受診票

※実際にかかった健診料が上限額を超えた場合は、上限額までしか助成（申請）できません。給付対象は、健康保険適用外のものです。

※市記入欄	未使用の妊婦健康診査受診票		() 回目分				
	申請受理年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日			
	総健診費		円	償還給付額	円		
	決裁	課長	補佐	係長	係	公印	入力