

様式第 1 号（第 5 条関係）

井原市妊婦等健康診査費給付申請書

年 月 日

井原市長 殿

下記のとおり、妊婦等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	
乳児氏名			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）
未使用の妊婦等健康診査受診票

※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	未使用の妊婦等健康診査受診票（種類： (回目分))			
	申請受理年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
	申請額	円	償還給付額	円