

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