

妊婦健康診査実施報告書兼料金助成申請書

年 月 日

宇城市長 様

申請者 住 所
妊婦氏名
母子健康手帳No.
電話番号

下記のとおり妊婦健康診査を受けましたので、助成の申請をします。

記

※ 妊婦健康診査受診証明書				
住 所				
妊婦氏名		生年月日	年 月 日	
回数	受 診 日 (週数)	a 検査料金	b 標準料金	助成金額 a b いずれか低い金額
回	年 月 日 (週)	円	円	円
回	年 月 日 (週)	円	円	円
回	年 月 日 (週)	円	円	円
回	年 月 日 (週)	円	円	円
回	年 月 日 (週)	円	円	円
予定日	年 月 日	合 計 金 額		円
上記のとおり妊婦健康診査を実施したことを証明します。 年 月 日 医療機関所在地 名 称 ⑩ 電話番号				

- (注) 1 「※妊婦健康診査受診証明書」(太枠内)は、医療機関で記入してください。
 2 「b 標準料金」、「助成金額」、「合計金額」の記入は不要です。
 3 助成申請書は、出産の日(流産又は死産の場合は、妊婦健診を最後に受けた日)の翌日から6か月以内に提出してください。

【必要書類等】

- 1 妊婦健診の結果が記入された受診票(提出用) ※「控用」は本人保管
- 2 領収書の写し又は支払証明書(明細書もあれば提出)

様式第4号(第10条関係)

妊婦健康診査助成金請求書

金額			百			千			円
----	--	--	---	--	--	---	--	--	---

宇城市妊婦健康診査助成金として、上記の金額を請求します。
請求に係る支払については、次の口座に振り込んでください。

年 月 日

住 所
氏 名

Ⓜ

宇城市長 様

振込口座	銀行等	銀行・農協 信用金庫	口座番号	普通 当座
		支店 支所	フリガナ 口座名義	
	ゆうちよ銀行	記号	フリガナ 口座名義	
		番号		

※訂正された箇所には、必ず同一印での訂正印を押印してください。

【持参書類等】

- 1 通帳またはキャッシュカード（コピーでも可※通帳は見開き1ページ目）
- 2 印鑑（認印）

(注) 不備があった際の確認や修正のためご持参ください。