

逗子市妊産婦健康診査償還払申請書

年 月 日

逗子市長

住所 _____

申請者 氏名 _____

電話番号 _____

妊産婦健康診査補助要綱第6条に基づき、証明書類を添えて次のとおり申請します。

なお、補助金の支払事務に当たり、私の住民票記載事項について確認すること及び領収書の内容について領収書発行医療機関に確認することに同意します。

対象者氏名	フリガナ	生年月日 年 月 日
	氏名	
	住所	
補助券番号		出産予定日 年 月 日
申請理由	1 契約外医療機関・助産所で受診したため 理由： <input type="checkbox"/> 里帰り <input type="checkbox"/> その他（ ） 2 妊産婦健康診査費用が補助券等記載金額未満であったため 3 その他（ ）	

医療機関名	所在地						
	電話番号（ ）						
補助券種類	受診日	受診費用	※補助金額	補助券種類	受診日	受診費用	※補助金額
医療機関専用券				9回目			
2回目				10回目			
3回目				11回目			
4回目				12回目			
5回目				13回目			
6回目				14回目			
7回目				※15回目			
8回目				※16回目			
追加補助額				※15回目及び16回目は多胎妊娠が対象となる。			
産後健診補助額(1回目)				補助申請額			
産後健診補助額(2回目)							

振込先	銀行・信用金庫		本店・支店	
当座・普通	口座番号		口座名義人（カタカナ）	

（市記載欄）

上記の申請について次のとおり決定し、通知してよいでしょうか。

決定区分	<input type="checkbox"/> 交付する（決定金額 円） <input type="checkbox"/> 交付しない（理由 ）	決裁欄		
		起案	・	・
備考		決裁	・	・