

妊婦健康診査受診費償還払い申請書

年 月 日

肝付町長 殿

肝付町妊婦・乳幼児健康診査事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり妊婦健康診査受診費の償還払いを申請します。

フリガナ		生年月日	年	月	日
受診者氏名	⑩				
受診者住所	肝付町 (電話番号)				
助 成 申 請 額	健康診査種別	健診受信日	申請額	受診日チェック	決定額
	妊婦健康診査(1回目)	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査(2回目)	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査(3回目)	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査(4回目)	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査(5回目)	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査(6回目)	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査(7回目)	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査(8回目)	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査(9回目)	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査(10回目)	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査(11回目)	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査(12回目)	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査(13回目)	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査(14回目)	年 月 日	円		円
合計		回	円		円
金融機関名	本・支店名	種別	口座番号	口座名義人	
銀行	本店	普通		フリガナ	
金庫	支店	当座			
農協	出張所				

※振込先の口座名義を申請者本人以外の方とする場合は、下記の委任状に記入と押印が必要です。

委任状	
上記受診費の受領に関することを下記の者に委任します。	
受任者 (住所)	(受診者との続柄)
(氏名)	(受診者氏名) ⑩

処理欄

支給決定年月日	年 日 日	支給決定金額	円
---------	-------	--------	---

上記の通り相違無き事を証明する。

年 月 日

◎申請上の注意

- この申請書は、町民の方で県内の助産所及び県外の医療機関(国内のみ)において妊婦健康診査を受診された方が受診費の償還払いをするための書類です。
- 申請者は、医療機関発行の領収書、受診票、母子手帳(の写し)を添付してください。
- 償還払いの申請は、妊婦健康診査を受診した日の翌日又は出産日から起算して6か月以内に申請してください。