

都城市長宛て

※太枠内のみ記入をお願いします ※署名を行う場合は、押印は不要です

申請者 (妊産婦)	住 所			
	氏 名		生年月日	年 月 日
	電 話	*日中連絡が取れる連絡先 ( ) -		

妊産婦健康診査及び新生児聴覚検査費用助成金請求書

下記の健康診査及び検査費用として、次の金額を請求します。

金 額	拾	万	千	百	拾	円
-----	---	---	---	---	---	---

助成券区分	受診年月日	健診、検査に要した額	助成金額
妊婦健診 1回目		円	円
2回目		円	円
3回目		円	円
4回目		円	円
5回目		円	円
6回目		円	円
7回目		円	円
8回目		円	円
9回目		円	円
10回目		円	円
11回目		円	円
12回目		円	円
13回目		円	円
14回目		円	円
15回目		円	円
16回目		円	円
17回目		円	円
18回目		円	円
( )回目		円	円
多胎( )回目		円	円
子宮頸がん検査		円	円
妊婦歯科健診		円	円
産婦健診 1回目		円	円
2回目		円	円
新生児聴覚検査		円	円
合計			円

※関係書類（請求書に添付する書類）

- 健康診査等の助成券
- 母子健康手帳又は母子健康手帳の健診結果が記載されたページの写し
- 医療機関等で発行された領収書又はその写し
- 診療報酬明細書（医療機関等から発行を受けている場合のみ）
- 新生児聴覚検査契約外医療機関用受診票（新生児聴覚検査の申請時のみ）

振 込 先	金融機関名	銀行・信金 信組・農協
	支店名	支店・支所・出張所
	預金の種類	普通
	口座番号	
	口座名義 (カタカナ)	