



朝来市妊婦健康診査費助成金請求書

朝来市長 様

別紙証拠書類を添えて、妊婦健康診査費の助成金について請求します。なお、請求内容審査のため、朝来市が医療機関へ受診内容の照会をすることを承諾します。

		申請年月日	年 月 日	
申請者 (妊産婦)	ふりがな	生年月日		
	妊産婦氏名	Ⓜ	年 月 日	
	現住所	〒 電話 () ※妊娠中に転出された方（朝来市在住時の住所） 朝来市		
受診医療機関 ※2か所ある場合は、 どちらも記載				
請求内容	受診日	申請額	受診日	申請額
	年 月 日	円	年 月 日	円
	年 月 日	円	年 月 日	円
	年 月 日	円	年 月 日	円
	年 月 日	円	年 月 日	円
	年 月 日	円	年 月 日	円
	年 月 日	円	年 月 日	円
	年 月 日	円	年 月 日	円
	合計 金		円	
下記のとおり、助成金の口座振替による支払いを依頼します。 なお、請求者と口座名義人が異なるときは、口座名義人に受領委任します。				
金融機関名	銀行、信用金庫、農協			
支店名	本店、支店、出張所、本所、支所			
種別	普通 ・ 当座	口座番号		
(ふりがな) 口座名義人				

- 注意 1 この請求書に次の書類を添付してください。
- ① 医療機関発行の領収書等（受診日、受診者名、支払金額、健診内容が分かるもの）の写し
 - ② 健康診査を受診した旨が記載された母子健康手帳又はこれを証することができる書類
 - ③ 妊婦健康診査費助成券（交付を受けていない方は必要ありません）
- 2 助成対象となる妊婦健康診査は、保険適用にならない健康診査で、それに係る費用については、全額助成対象となります。

<職員記入欄>

支払い予定日	年 月 日	申請回数	回目
償還払い理由	<input type="checkbox"/> 助成券交付前 <input type="checkbox"/> 契約外医療機関 <input type="checkbox"/> その他 ()	添付書類 確認欄	<input type="checkbox"/> 領収書、診療証明書 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳の写し <input type="checkbox"/> 妊婦健康診査費助成券
助成券	無・有 (—)		