

朝来市妊婦健康診査費助成申請書



朝来市長 様

下記のとおり、妊婦健康診査費の助成を申請します。なお、朝来市妊婦健康診査助成事業手続きのため、医療機関が朝来市へ受診結果の報告をすること及び朝来市が医療機関へ受診結果の問い合わせ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	Ⓜ ※氏名変更の予定のある方は、新氏名 []	年 月 日
	現住所	〒 _____ 電話 ()	
	出産予定日	年 月 日	
※今回の妊娠中に転出入のあった方		年 月 日転入	市町村より
		年 月 日転出	市町村へ
	朝来市在住時の住所：朝来市		
受診予定医療機関等	①医療機関等名 [] 所在地 (都道府県 市町村)		
	②医療機関等名 [] 所在地 (都道府県 市町村)		
次回受診予定日	年 月 日		

- 注意 1 太枠内のみ記入してください。
 2 朝来市との契約医療機関以外での妊婦健康診査受診については、助成券が使用できません。その場合には、受診後に妊婦健康診査費助成金請求書により償還払いを申請してください。
 3 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す。

<職員記入欄>

助成券交付	有 (交付日： 年 月 日 手渡し・郵送) 無 (転出・その他)
償還払い	有 (回分) ・ 無
母子健康手帳	交付場所：朝来市 ・ 市外 交付日： 年 月 日 交付番号： _____