

様式第4号（第9条関係）

妊婦及び産婦健康診査等費用助成金の償還払に係る請求書



朝来市長 様

別紙証拠書類を添えて、妊婦及び産婦健康診査等費用助成金の償還払について請求します。

なお、請求内容審査のため市長が医療機関等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
ふりがな					生年月日
受診者氏名	(自署されない場合は記名押印してください。) ※領収書の姓と異なる方 [旧姓]				年 月 日
現住所	〒				
	電話 ()				
※受診日以降に転出された方（朝来市在住時の住所） 朝来市					
出生日	年 月 日				
助成金交付申請額	金 円				
上記の助成金については、次の口座に振込みを依頼します。 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 この請求書に次の書類を添付してください。

- 医療機関等で実施した妊婦健康診査等又は産婦健康診査の費用の領収書（受診日、受診者名、支払金額、健診内容が分かるもの）
- 妊婦健康診査等及び産婦健康診査が記載された母子健康手帳の写し又はこれを証明することができる書類
- 妊婦及び産婦健康診査等費用助成金（妊婦健診等）交付決定通知書兼助成券又は妊婦及び産婦健康診査等費用助成金（産婦健診）交付決定通知書兼妊婦健康診査等費用助成券（交付を受けていない方は必要ありません）

<担当課記入欄>

申請回数	回目	添付書類 確認欄	<input type="checkbox"/> 領収書、診療証明書
償還払理由	<input type="checkbox"/> 助成券交付前、紛失 <input type="checkbox"/> 委託医療機関外 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 母子健康手帳
交付（不交付）決定日	年 月 日		<input type="checkbox"/> 妊婦健康診査等費用助成券 (発行番号 -) <input type="checkbox"/> 産婦健康診査費用助成券 (発行番号 -)

裏面の助成金交付申請内訳書もご記入ください。⇒

妊婦及び産婦健康診査等費用助成金交付申請内訳書

妊産婦氏名 ()

【妊婦健康診査等費用】

受診医療機関 ※2箇所ある場合は、 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
	年 月 日	円	年 月 日	円

【産婦健康診査費】

	1回目	2回目
受診医療機関		
受診日	年 月 日	年 月 日
申請額	円 (上限5,000円)	円 (上限5,000円)

助成金交付申請額合計

区分	申請額	市交付決定額 (市記載欄)
妊婦健康診査等	円	円
産婦健康診査 (1回目)	円	円
産婦健康診査 (2回目)	円	円
合計	円	円