

妊婦健康診査通院費助成申請書兼請求書

年 月 日

四 万 十 町 長 様

下記のとおり町外医療機関における「妊婦一般健康診査」通院助成費について、申請（請求）します。

申請者 (妊婦本人)	フリガナ				生年月日	昭和	年	月	日
	氏名	①				平成	年	月	日
	住所	〒 ー 四万十町			電話番号	ー ー			
	申請額	円			内訳	5,000円× 回			
振込先	金融機関名	支店名	分類	口座番号 (右詰めでお書き下さい。)				(フリガナ) 口座名義	
	農協 銀行 信金 ()	本店 支店 出張所	普通 当座						
ゆうちょ銀行(郵便局)を指定される場合は、貯金通帳の見開き下の他金融機関からの受取口座を記入下さい。									
委任欄	※この欄は、申請者本人名義の口座がない場合のみ記入して下さい。 上記、受領に関することを下記の者に委任します。 妊婦氏名 ① 受任者 住所 _____ 氏名 _____ (妊婦との続柄 _____)								

- ① 太実線内のみご記入下さい。
- ② 申請日よりおおむね3ヶ月(以上)後に指定の口座に振り込みます。
 ※実施医療機関からの受診票が届いてからの事務処理となるため、支給手続きまでにかかなりの時間を要しますのであらかじめご了承ください。
- ③ 通院助成の対象となるのは、四万十町が発行する「妊婦一般健康診査受診票」を用いての町外医療機関における受診に限り、通院1回あたり5,000円です。

《以下は町記入欄ですので記入しないで下さい。》

健診種別	健診受診日	受診医療機関	健診種別	健診受診日	受診医療機関
妊婦健診(1回)	年 月 日		妊婦健診(8回)	年 月 日	
妊婦健診(2回)	年 月 日		妊婦健診(9回)	年 月 日	
妊婦健診(3回)	年 月 日		妊婦健診(10回)	年 月 日	
妊婦健診(4回)	年 月 日		妊婦健診(11回)	年 月 日	
妊婦健診(5回)	年 月 日		妊婦健診(12回)	年 月 日	
妊婦健診(6回)	年 月 日		妊婦健診(13回)	年 月 日	
妊婦健診(7回)	年 月 日		妊婦健診(14回)	年 月 日	
合計回数	回	支給決定額	円	支給決定年月日	年 月 日

《決裁欄》

チェック 起票

決裁 年 月 日	担 当	総担 括 当	副 課 長	課 長
-------------	--------	-----------	----------	--------