**産婦健康診査受診費申請書兼請求書**

令和　　年　　月　　日

四　万　十　町　長　　様

　下記のとおり県外医療機関で受診しましたので、産婦健康診査受診費について、関係書類を添えて申請（請求）します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者（妊婦本人） | フリガナ |  | 生年月日 | 昭和平成 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 氏　　名 | ㊞　　 |
| 住　　所 | 〒　　　－　　　　四万十町 |
| 電話番号 | 　　　　－　　　　－　　　　 | 出産日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 交付申請内容 | ※申請額は、領収書金額をご記入ください。ただし１回5,000円が上限です。 |
| 健康診査種別 | 健診受診日 | 領収書金額 | 申請額**※** | 受診日ﾁｪｯｸ | 決定額 |
| 産婦健康診査(１回目) | 　年　　月　　日 | 円 | 円 |  | 円 |
| 産婦健康診査(２回目) | 　年　　月　　日 | 円 | 円 |  | 円 |
| 合　　計 | 回　 | 円 | 円 |  | 円 |
| 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**をご記入ください。 |
| 委　任　欄 | **この欄は、産婦本人名義の口座がない場合にのみご記入ください。**　上記、受領に関することを下記の者に委任します。　産婦氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞　　受任者　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　（産婦との続柄　　　　　） |

1. **太実線内のみ記入下さい。色付き部分は町記入欄です。**
2. **産婦健康診査に要した費用（保険診療適用外）に関する領収書を添付してください。**

**《以下は町記入欄ですので記入しないでください。》**　　**□ チェック　　　□ 入　力　　　□ 起　票**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 支給決定年月日 | 　　　年　　　月　　　日 | 支給決定金額 | 円　 |