

東温市妊産婦健康診査費助成申請書

年 月 日

(宛先)

東温市長

申請者(健診受診者)

〒

住所

氏名

電話

()

—

下記のとおり県外医療機関等で受診しましたので、関係書類を添えて、東温市妊産婦健康診査費の助成申請をします。

なお、本申請に係る審査のため、住民登録情報の閲覧について承諾します。

助成対象健診		健診受診日	助成申請額
A 券 (5 回)	(第1回)妊婦一般健康審査	月 日	円
	(第2回)妊婦一般健康審査	月 日	円
	(第3回)妊婦一般健康審査	月 日	円
	(第4回)妊婦一般健康審査	月 日	円
	(第5回)妊婦一般健康審査	月 日	円
B 券 (9 回)	(第1回)妊婦一般健康審査	月 日	円
	(第2回)妊婦一般健康審査	月 日	円
	(第3回)妊婦一般健康審査	月 日	円
	(第4回)妊婦一般健康審査	月 日	円
	(第5回)妊婦一般健康審査	月 日	円
	(第6回)妊婦一般健康審査	月 日	円
	(第7回)妊婦一般健康審査	月 日	円
	(第8回)妊婦一般健康審査	月 日	円
	(第9回)妊婦一般健康審査	月 日	円
産 婦	産婦健康診査	月 日	円
	産婦健康診査	月 日	円
合 計			円

(注) 助成申請額は、実際に健診に要した費用の額とする。
ただし、愛媛県内で受診した場合に要する費用の額を上限とする。

(注) 産婦健康診査は出産後56日以内に実施した健診を対象とする。

----- 市担当者確認欄 -----

領収書

受診票

母子手帳

受付者 ()