

東温市妊婦一般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

印

電話

()

—

下記のとおり県外医療機関で受診しましたので、関係書類を添えて、東温市妊婦一般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
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。

振込先口座情報

振込先金融機関名	口座名義人	種別	口座番号
銀行 金庫 農協	本店 支店/支所 出張所	普通 当座	

----- 市担当者確認欄 -----

領収書 <input type="checkbox"/>	受診票 <input type="checkbox"/>	母子手帳 <input type="checkbox"/>	受付者 ()
------------------------------	------------------------------	-------------------------------	---------