

## 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

赤枠の2箇所をご記入ください。  
申請者は、健診受診者でお願いします。  
申請者と同じ名前の口座名義人をお願いします。(異なる場合は、別紙請求書の委任状の欄をご記入ください。)

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 ( )
------------------------------	------------------------------	-------------------------------	---------