

燕市妊婦健康診査費払い戻し申請書

燕市妊婦健康診査費助成事業実施要綱により助成を受けたいので、関係書類を添えて妊婦健康診査費払い戻しの申請をします。

令和 年 月 日

燕市長様

*太枠内をご記入ください

申請者 (妊婦本人)	(フリガナ) 氏名	()	母子健康 手帳番号	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)		
	住所	〒 - 電話番号 ()		
今回の妊娠届出後に住所を変更した方は、 前住所地をご記入下さい。		<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 転入 年月日: 年 月 日 前住所:		
【同意書】 妊婦健康診査費の払い戻しを受けるにあたり、必要があるときは市が住民基本台帳閲覧 および受診医療機関等への内容確認等、関係部署等に確認することに同意します。				
令和 年 月 日				
申請者氏名 _____ (妊婦本人)				

○ 領収書がない場合、医療機関で下記内容を記入してもらってください。

(受診票を使用した場合や領収書をお持ちの方は、下記の記入は必要ありません)

回数	妊婦健康診査実施日	妊婦健診分負担額	検査等、左記以外の自由診療負担額(内訳)
	令和 年 月 日	円	円 ()
	令和 年 月 日	円	円 ()
	令和 年 月 日	円	円 ()
	令和 年 月 日	円	円 ()
	令和 年 月 日	円	円 ()

上記のとおり領収しました。

令和 年 月 日

医療機関所在地

名称

代表者氏名

妊婦健康診査受診状況（市記入欄）

回数	受診年月日	自由診療分 自己負担額	助成対象額 (年度)	助成内容内訳
1回目	年 月 日	円	円	円
2回目	年 月 日	円	円	円
3回目	年 月 日	円	円	円
4回目	年 月 日	円	円	円
5回目	年 月 日	円	円	円
6回目	年 月 日	円	円	円
7回目	年 月 日	円	円	円
8回目	年 月 日	円	円	円
9回目	年 月 日	円	円	円
10回目	年 月 日	円	円	円
11回目	年 月 日	円	円	円
12回目	年 月 日	円	円	円
13回目	年 月 日	円	円	円
14回目	年 月 日	円	円	円
15回目	年 月 日	円	円	円
16回目	年 月 日	円	円	円
17回目	年 月 日	円	円	円
18回目	年 月 日	円	円	円
19回目	年 月 日	円	円	円
計	受診回数 回	自己負担額 円	助成対象額 円	