様式第3号(第7条関係)

海津市妊婦健康診査費助成申請書

年　　月　　日

　海津市長　宛て

　関係書類を添えて下記のとおり妊婦健康診査費の助成を申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 妊婦氏名 | 　 |
| 妊婦住所 | 岐阜県海津市　　　　　　　　　　　　　　　　　番地電話(　　　　)　　　　　―　　　　　　 |
| ※申請額 | 金　　　　　　　　　　円 | 検査に直接要した費用。ただし、検査内容に応じ以下の金額を上限とする。 |
| ＊金額の確認のために必要な場合は、医療機関に対し検査内容等を照会することについて同意します。 |
| 内訳 | 枚数 | ※審査欄 |
| ①基本健診・初回血液検査・子宮がん検診　20,920円 |  |  |  |
| ②基本健診　5,860円 |  |  |  |
| ③基本健診・超音波検査　11,160円 |  |  |  |
| ④基本健診・血算　7,690円 |  |  |  |
| ⑤基本健診・血算・血糖　9,240円 |  |  |  |
| ⑥基本健診・クラミジア抗原検査　9,690円 |  |  |  |
| ⑦基本健診・GBS検査　9,560円 |  |  |  |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行金庫農協 | 本店支店出張所代理店 | 預金種別 | 普通当座 |
| (フリガナ)口座名義人 |  | 口座番号 |  |
| 申請受理年月日 | 年　　月　　日 | 承認・不承認決定年月日 | 年　　月　　日 |

注)　太枠の中を御記入ください。(※申請額欄は記入しないでください。)

　　　(添付書類)　結果が記入された妊婦健康診査受診票

　　　　　　　　　妊婦健康診査に係る領収書

　　　　　　　　　母子健康手帳