

様式第3号（第9条関係）

尾花沢市妊婦健康診査費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

尾花沢市長 様

申請者 住 所 〒

ふりがな  
氏 名

生年月日 年 月 日

電話番号

受診者との関係

尾花沢市妊婦健康診査実施要綱第9条第3項の規定により助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

なお、金額等の確認が必要な場合は、医療機関に対し健康診査内容を確認することに同意します。

※決定額は記入しないでください。

妊婦健診 受診者氏名		生年月日			
妊婦健診受診日		受診医療機関	医療機関支払い額 (保険適用外の妊婦健診)		助成決定額 (※)
1	年 月 日		円		円
2	年 月 日		円		円
3	年 月 日		円		円
4	年 月 日		円		円
5	年 月 日		円		円
6	年 月 日		円		円
7	年 月 日		円		円
8	年 月 日		円		円
9	年 月 日		円		円
10	年 月 日		円		円
医療機関支払い総額		円	助成決定総額 (※)		円
振込先	金融機関名	支店名	分類	口座番号	フリガナ 口座名義 ※申請者本人名義
			普通 ・ 当座		

関係書類

- 1 妊婦健康診査に係る領収書、診療明細書
- 2 母子健康手帳の妊婦健康診査受診結果写し
- 3 未使用分の尾花沢市妊婦健康診査受診票