

様式第1号（第7条関係）

小千谷市妊産婦健康診査助成金交付申請書

私は、県外医療機関等で妊婦一般健康診査及び産婦健康診査を受診したので、関係書類を添えて妊産婦健康診査助成金の交付を申請します。

年 月 日

小千谷市長 あて

\*太枠内をご記入ください

申請者 (妊産婦本人)	(フリガナ) 氏 名	( )	交付番号	
	生年月日	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、前住所地をご記入ください。		転出入年月日： 年 月 日 [右記市役所記入欄：確認 要・否] 前住所：		
【同意書】 妊婦一般健康診査費及び産婦健康診査費の助成を受けるにあたり、添付資料等の情報を統計等への使用及び住民基本台帳閲覧等関係部署に確認することについて同意します。 年 月 日 申請者氏名 _____ (妊産婦本人の自署又は記名・押印)				
振 込 先	金 融 機 関 名	銀行・信用組合 本店 金庫・農協 支店		
	預 金 種 別	普通 当座	口 座 番 号	
	(フリガナ) 口 座 名 義 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。

(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	妊婦一般健康診査・ 産婦健康診査実施日	妊婦健診・ 産婦健診分負担額	検査等、左記以外の自由診療負 担額 (内訳)	償還払い対象額
	年 月 日	円	円 ( )	
	年 月 日	円	円 ( )	
	年 月 日	円	円 ( )	
	年 月 日	円	円 ( )	
	年 月 日	円	円 ( )	
	年 月 日	円	円 ( )	
上記のとおり領収しました。 年 月 日 医療機関所在地 名 称 代表者氏名 印				

裏面あり

妊婦一般健康診査・産婦健康診査受診状況

(本人記入欄) 妊婦一般健康診査について、母子健康手帳の〔妊娠中の経過〕欄を確認してご記入ください。

回数	受診年月日	受診票使用状況	実施機関名	自由診療分 自己負担額	対象額
1回目	年 月 日	使用・未使用・不明			(上限 円)
2回目	年 月 日	使用・未使用・不明			(上限 円)
3回目	年 月 日	使用・未使用・不明			(上限 円)
4回目	年 月 日	使用・未使用・不明			(上限 円)
5回目	年 月 日	使用・未使用・不明			(上限 円)
6回目	年 月 日	使用・未使用・不明			(上限 円)
7回目	年 月 日	使用・未使用・不明			(上限 円)
8回目	年 月 日	使用・未使用・不明			(上限 円)
9回目	年 月 日	使用・未使用・不明			(上限 円)
10回目	年 月 日	使用・未使用・不明			(上限 円)
11回目	年 月 日	使用・未使用・不明			(上限 円)
12回目	年 月 日	使用・未使用・不明			(上限 円)
13回目	年 月 日	使用・未使用・不明			(上限 円)
14回目	年 月 日	使用・未使用・不明			(上限 円)
妊婦一般健康診査合計					

(本人記入欄) 産婦健康診査について、母子健康手帳の〔出産後の母体の経過〕欄を確認してご記入ください。

回数	受診年月日	受診票使用状況	実施機関名	自由診療分 自己負担額	対象額
産後2 週間	年 月 日	使用・未使用・不明			(上限 円)
産後1 か月	年 月 日	使用・未使用・不明			(上限 円)
産婦健康診査合計					