

産婦健康診査費助成申請書兼請求書

長与町長 様

年 月 日

私は産婦健康診査を委託医療機関等で受診できなかったため、下記医療機関等で受診しました。その費用について助成を申請します。また、本件申請について、支給の決定があった場合は、下記申請及び請求金額の欄に掲げる金額を請求します。

1. 産婦健康診査該当者

氏名 _____ 年 月 日生(歳)
住所 長崎県西彼杵郡長与町 _____
分娩日 _____ 年 月 日 連絡先(Tel) _____
帰省などで滞在先のある方(滞在期間 _____)
滞在先の電話番号 _____ (様方)

2. 委託医療機関等で受診できなかった理由

帰省、仕事の都合、その他(_____)

3. 産婦健康診査を受診した医療機関等

住 所 _____
医療機関名 _____
担当医師等 _____
連絡先(Tel) _____

4. 申請及び請求金額(産婦健康診査の種類に○印を付け、窓口支払額を記入)

○印	回数	週数	上限額	支払額
	1回目	産後2週間 (出産後5日から 21日までの間)	5,000 円	
	2回目	産後1か月 (出産後22日から 56日までの間)	5,000 円	

合計 _____ 円 (※ 合計欄は記入しないで下さい)

5. 振込先 (口座名義と産婦健康診査該当者の氏名は揃えてください)

金融機関名 _____ 銀行 _____ 支店
種別 1. 普通 2. 当座
(フリガナ)
口座番号 _____ 口座名義 _____