

平川市妊婦健康診査費給付申請書

平成 年 月 日

平川市長様

住所 平川市
(申請者)

氏名 印

平川市妊婦委託健康診査実施要綱第10の規定により、妊婦健康診査費の給付を申請します。

氏名		(昭和・平成 年 月 日生)				
住所		平川市 (電話)				
妊婦健診	回数	受診年月日	支払金額	回数	受診年月日	支払金額
	1		円	4		円
	2		円	5		円
	3		円	6		円
受診医療機関名					合計金額	円

※太枠内を記入して下さい。

医療機関証明欄						
妊婦氏名		(昭和・平成 年 月 日生)				
妊婦健診	回数	受診年月日	支払金額	回数	受診年月日	支払金額
	1		円	4		円
	2		円	5		円
	3		円	6		円
合計金額		円				
上記のとおり、妊婦健康診査を実施したことを証明する。 平成 年 月 日 医療機関等の所在地・名称 開設者氏名 印						

※領収証を紛失した場合は、上記に医療機関の証明を受けてください。

給付決定額	円
-------	---

平川市妊婦健康診査費給付申請書

平成 年 月 日

平川市長様

赤枠の記載をお願いいたします

住所 平川市
(申請者)
氏名

印

平川市妊婦委託健康診査実施要綱第10の規定により、妊婦健康診査費の給付を申請します。

氏名	平川 花子 (昭和・平成〇〇年 〇月 〇日生)					
住所	平川市柏木町藤山16-1 (電話 〇〇-〇〇〇〇) (携帯可)					
妊婦健診	回数	受診年月日	支払金額	回数	受診年月日	支払金額
	1		円	4		円
	2		円	5		円
	3		円	6		円
	受診医療機関名					合計金額

※太枠内を記入して下さい。

医療機関証明欄						
妊婦氏名			(昭和・平成 年 月 日生)			
妊婦健診	回数	受診年月日	支払金額	回数	受診年月日	支払金額
	1		円	4		円
	2		円	5		円
	3		円	6		円
	合計金額		円			
上記のとおり、妊婦健康診査を実施したことを証明する。 平成 年 月 日 医療機関等の所在地・名称 開設者氏名 印						

※領収証を紛失した場合は、上記に医療機関の証明を受けてください。

給付決定額	円
-------	---