

(様式第1号)

妊婦健康診査費等助成金交付申請（請求）書

令和 年 月 日

中津市長 へ

以下を受診しましたので、妊婦健康診査費助成事業実施要綱及び新生児聴覚スクリーニング検査費助成事業実施要綱、産婦健康診査要綱に基づき、領収書を添付し、申請及び請求します。

住所	
ふりがな	
氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日
電話番号	
妊娠届出年月日	令和 年 月 日

《 振込先口座 》 (※ 原則として本人名義の口座を記入してください。)

金融機関名	銀行・農協 信用金庫 信用組合・労働金庫	支店名	本・支店
預金種別	普通・当座	口座番号	
ふりがな			
口座名義人			

(※ やむを得ず、口座名義が本人以外の場合は、裏面の委任状に記入して下さい。)

(以下、市記入)

※助成金の決定額 (市が記入します)	円
--------------------	---

妊婦健康診査	受診日
1	R 年 月 日
2	R 年 月 日
3	R 年 月 日
4	R 年 月 日
5	R 年 月 日
6	R 年 月 日
7	R 年 月 日
8	R 年 月 日
9	R 年 月 日
10	R 年 月 日
11	R 年 月 日
12	R 年 月 日
13	R 年 月 日
14	R 年 月 日
追加分1	R 年 月 日
追加分2	R 年 月 日

妊婦健康診査	受診日
追加分3	R 年 月 日
追加分4	R 年 月 日
追加分5	R 年 月 日
A	R 年 月 日
B	R 年 月 日
C	R 年 月 日
A ()	R 年 月 日
A ()	R 年 月 日
A ()	R 年 月 日
産婦健康診査 ①	R 年 月 日
産婦健康診査 ②	R 年 月 日
超音波検査 (35歳以上)	R 年 月 日
	R 年 月 日

新生児聴覚検査	R 年 月 日
---------	---------

- 備考) 1 申請及び請求期限は健康診査等を受けた日から1年以内です。
2 表面の太枠内のみを、記入してください。
3 受診した医療機関で、妊婦一般健康診査受診票、妊婦超音波受診票、新生児聴覚検査受診票、産婦健康診査受診票に結果を記入してもらい、領収書とともにこの助成金交付申請(請求)書に、添えて提出してください。
4 診査に要した費用は、中津市が医療機関と契約している額を限度に助成します。

振込先の口座名義が、健診受診者ご本人以外の場合、下記に署名して下さい。

委任状

妊婦一般健康診査等助成金の受取について、下記のものに委任します。

氏名 _____

上記の件について受任します。

(※ 口座名義人) 氏名 _____

委任者との続柄 ・夫 ・そのほか
()

(※ 委任者と住所が異なる場合)

住所 _____
