

諫早市産婦健康診査事業委託機関外受診に係る助成金交付申請書

年 月 日

諫 早 市 長 様

申請者の住所 諫早市東小路町7番1号

申請者の氏名 諫早 花子

申請者と受診者が異なる場合は、委任状又は関係を証明する書類が必要です。

産婦健康診査を委託機関外で受診したので、諫早市妊産婦乳幼児健康診査実施規程第33条第2項の規定により関係書類を添えて申請します。なお、この健診結果が、健診事後指導や医学的な統計に使用されることに同意します。

フリガナ	イサハヤ ハナコ		生年月日	昭和・平成 1年4月5日 (32歳)				
受診者氏名	諫早 花子		出産(予定)日	令和4年 5月22日				
住 所	〒854-0014 諫早市 東小路町7番1号		TEL	(0957) 22-0000				
	〒 (長崎 様方) 福岡市〇〇区〇〇町 12-5		TEL	(095) 824-0000				
健診回数	今回請求する回数に〇を付け、その受診日を記載してください。							
受診日	(1回目)	2022年 6月 6日	(2回目)	2022年 6月 19日				
振込先	金融機関名	諫早	銀行	本店	預金種別			
	フリガナ	イサハヤ ハナコ	金庫	支店	(普通)・当座			
	口座名義人	諫早 花子	農協	出張所				
	口座番号	0	1	2	3	4	5	6

県外など委託医療機関外での受診分のみ

口座名義と受診者が異なる場合は、委任状が必

右詰め

*本申請が承認された場合は、上記口座(申請者名義)に振り込んでください。

妊婦健診に要した費用のみ記入
(医療保険を使った治療費は含まない)

【請求内訳】 (単位：円)

区分	ア 領収金額	イ 支給限度額	請求額 (アとイのうち少ない額)
1回目	6,000	5,000	5,000
2回目	4,000	5,000	4,000
総合計			9,000

金額を間違った場合は、書き直してください。
(修正不可)

* (添付書類) 領収書(原本又は写し) ・ 該当する受診票(結果記載のあるもの)

* (注) 受診した日から1年以内に、1回分又は2回分をまとめて申請ください。

領収書添付欄