

諫早市妊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

記入例

諫 早 市 長 様

年 月 日

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。

妊婦一般健康診査を長崎県外で受診したので、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 5年4月5日 (32歳)		
受診者氏名	諫早 花子		出産(予定)日	令和7年 5月22日		
住 所	〒854-0014 諫早市 東小路町7番1号		TEL	(0957) 22-0000		
連絡先 (里帰り先)	〒 (長崎 様方) 福岡市〇〇区〇〇町 12-5		TEL	(095) 824-0000		
健診回数 受診日	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					
	1回目	年 月 日	6回目	年 月 日	11回目	2025 年 4 月 27 日
	2回目	年 月 日	7回目	年 月 日	12回目	2025 年 5 月 4 日
	3回目	年 月 日	8回目	年 月 日	13回目	2025 年 5 月 11 日
	4回目	年 月 日	9回目	2025 年 4 月 6 日	14回目	2025 年 5 月 18 日
	5回目	年 月 日	10回目	2025 年 4 月 20 日		
振込先	金融機関名	諫早 銀行 金庫 農協 漁協		本店 支店 出張所	預金種別	普通・当
	フリガナ	イサハヤ ハナコ		口座番号	0 1 2 3 4 5 6	
	口座名義人	諫早 花子				

県外での受診分のみを記入

口座名義と受診者が異なる場合は、委任状が必要

* 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)

右詰め

【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)	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		6,300		8回目		11,700	
2回目		24,350		9回目	6,000	5,000	5,000
3回目		5,000		10回目	8,000	5,000	5,000
4回目		10,000		11回目	8,000	10,000	8,000
5回目		10,000		12回目	9,000	5,000	5,000
6回目		5,000		13回目	8,000	5,000	5,000
7回目		5,000		14回目	8,000	5,000	5,000
				総合計			33,000

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) 領収書及び明細書(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回分又は数回分をまとめて申請ください。