## 妊婦健康診査費助成申請書

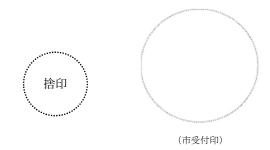
(妊婦健康診査15回目・16回目の受診)

年 月 日

(あて先) 浜 松 市 長

関係書類を添えて、次のとおり妊婦健康診査費用の助成を申請します。助成金は、次の口座に振り込んでください。

また、浜松市が必要に応じ、この申請内容について医療機関等に照会することに同意します。



1. 申請者情報(太枠内をご記入ください。) ※振込先の口座名義人と申請者の名前は必ず一致させてください。

申請者   氏名   生年月日   年月日     佐房   中度   住所   中月日     佐房   中度   日中連絡のつく電話番号( ー ー )     振込先 (上記は所と異なる場合)   中度   銀行・信金・農協信組・労金   本店・営業部支店・出張所を貼る     金融機関コード   支店コード   支店コード     振込先 行   7リカ・ナ   ウ座名義人		THE HIR CONTINUE OF THE PROPERTY OF THE PROPER							~~~~			
近度	( 妊産婦本	フリカ゛ナ						生年日口		年	月	П
近度 度		氏名						工十万口			7.1	н
住所   〒     書類発送先 (LERLET C M C A C M C M C M C M C M C M C M C M						(	D			年	月	日
本								(予定日)				
人     書類発送先 (上記住所と異なる場合)     〒       金融機関名     銀行・信金・農協 信組・労金     本店・営業部 支店・出張所       金融機関コード     支店コード       預金種別     1.普通 2.当座 (右詰記入)     フリカ・ナ		住所	〒 日中連絡のつく電話番号 ( 一 一 )							)		
金融機関名   銀行・信金・農協信組・労金     金融機関コード   支店コード     振込先   預金種別     7リカ・ナ   1.普通 2.当座 (右詰記入)		書類発送先	Ŧ									
金融機関名   銀行・信金・農協信組・労金     金融機関コード   支店コード     預金種別   1.普通 2.当座 (右詰記入)     フリカ・ナ												
振込		(上記住別と共体の場合)										
金融機関コード   支店コード   支店コード   大石		今 动 地 問 夕				銀行・	・信金・農	協			オ	x店・営業部
振 込 先 7リカ <sup>*</sup> ナ	込	並随城因也	信組・労金 支店・出張所									
振 込 先 7リカ <sup>*</sup> ナ		△ =++/// BB — 1 »						<del>-</del> - 1%				
込		金融機関コード					文	占コード				
先   7リカ・ナ			4 34/3							_		
7リカ <sup>*</sup> ナ		預金種別										
			2.3座	(石亩市区人)								
□座名義人		フリカ゛ナ										
		□座名義人										
(申請者名義)												

## 2. 添付書類の確認

添付書類(添付したものにチェック図してください。)

- 口 健康診査受診時の領収書及び診療明細書 ※原本(後日郵送にて返却します。)もしくは受付印押印後の領収書等コピー
- □ 振込先金融機関の通帳又はキャッシュカード、インターネットバンキングの画面の写し(□座番号等確認用)
- □ 母子健康手帳「妊娠中の経過」欄の写し

3. 15 回目・16 回目の妊婦健康診査の費用の内訳(太枠内をご記入ください。)

受診年月日	自己負担額 (医療保険外)
年   月   日     受診時週数 (   週)	円
年 月 日   受診時週数 ( 週)	円
<受診医療機関等名称>	
(所在地:	テ・町・郡・村)

助成対象額	回数	助成限度額	助成金額		
A	凹奴	В	AとBを比較して少ない方の金額		
	15 回目				
	16 回目				
	助成金額 計				

承認	•	不承認	助成金額総計	円
----	---	-----	--------	---