

様式第3号(第7条関係)

相生市妊婦健康診査費用請求書(償還払用)

(あて先)相生市長

下記のとおり健康診査に要した費用の助成を受けたく、関係書類を添えて申請します。

申請者	母子健康手帳番号		申請年月日	年 月 日		
	(フリガナ)			生 年 月 日		
	氏 名			年 月 日		
	住 所					
		電話 ()				
妊婦健康診査に要した費用		円	左の費用のうち請求額 〔妊婦健康診査1回分で、 円を上限とする。〕		円	
妊婦健康診査受診日		年 月 日 妊娠()週				
上記妊婦の妊婦健康診査費として、下記のとおり受領したことを証明します。 合計金額 円 ★ 実施した検診項目にチェックしてください。 ☐ 定期検査 (子宮底長、腹囲、血圧、浮腫、尿検査、体重) ☐ 妊娠初期検査(血液検査、子宮頸癌検診等) ☐ 超音波検査 ☐ 血液検査(血算、血糖等) ☐ B群溶血性レンサ球菌(GBS) ☐ その他必要な検査() 年 月 日 医療機関の所在地・名称 代表者名						
振込先	金融機関の名称	銀行・農協 支店 信用金庫・信用組合 出張所		預金種目	1普通 2当座	
	フリガナ 口座名義		口座番号			

(注) 妊婦健康診査費用がわかる領収書等を添付してください。