

**記入例**

妊婦健康診査費助成申請書

令和 年 月 日

(あて先) 合志市長

住所 合志市御代志1661-1  
 妊婦氏名 合志花子  
 電話番号 (090 - 0000 - 0000)  
 母子健康手帳No 3-000

下記のとおり妊婦健康診査を受けましたので、合志市妊婦健康診査助成事業実施要綱第5条の規定により申請します。

1. 妊婦健康診査受診状況及び助成費用申請額

受診券番号	健診日	限度額(円)	受診に要した費用(円)	助成申請額(円) 受診に要した費用と限度額のいずれか低い額	実施機関名
初回	年 月 日	20,520			
2	年 月 日	5,060			
3	年 月 日	7,530			
4	年 月 日	7,530			
5	使用した受診券 番号の欄に記 入してください。	5,060	医療機関に確認が 必要な場合がありますので、 この2列は記入しな いでください。  記入した場合は、 新しい用紙に書き 直してください。		使用した受診券 番号の欄に記入 してください。
6		7,530			
7	年 月 日	5,060			
8	年 月 日	8,000			
9	年 月 日	5,060			
10	年 月 日	7,810			
11	令和〇年〇月〇日	6,750			合志クリニック
12	令和〇年〇月〇日	7,530			合志クリニック
13	令和〇年〇月〇日	5,060			合志クリニック
14	年 月 日	5,060			
合計金額					

未記入でも構いません

2. 備考

【受付確認欄】

- 受診票 ( ) 枚  領収書 ( ) 枚  請求書
- 委任状: 口座が申請者本人でない場合  診療明細書: 持参されている場合 ( ) 枚