

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(090-〇〇〇〇-〇〇〇〇)
 母子健康手帳No 3-〇〇〇

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 | 22,360 | | | |
| 2 | 年 月 日 | 5,060 | | | |
| 3 | 年 月 日 | 8,990 | | | |
| 4 | 年 月 日 | 8,990 | | | |
| 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、 <u>この2列は記入しないでください。</u> | 使用した受診券番号の欄に記入してください。 |
| 6 | | 8,990 | | | |
| 7 | 年 月 日 | 5,060 | | 記入した場合は、新しい用紙に書き直してください。 | |
| 8 | 年 月 日 | 8,000 | | | |
| 9 | 年 月 日 | 5,060 | | | |
| 10 | 年 月 日 | 7,820 | | | |
| 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 | 8,990 | | | 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