

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	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、 この2列は記入しな いください。 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		8,990			
7	年 月 日	5,060			
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