

妊婦健康診査支援事業(償還払い)請求書兼申請書

佐世保市長様

別添え(妊婦一般健康診査票・領収書)のとおり妊婦健診を
長崎県外で受診しましたので、妊婦健康診査支援事業(償還払い)の支給を申請します。

年 月 日

(申請者) 住所 佐世保市 町(丁目) 番 号

氏名 印

電話番号

妊婦氏名	(フリガナ)	母子手帳番号	No.							
		出産年月日(予定日)	年	月 日						
生年月日	年 月 日	住所	町 丁目	番 号						
受診した 県外の医療機関名		県外の医療機関の住所	都・道・府・県							
口座振込 依頼欄 (本人名 義)	金融機関名		店舗名	種目	口座番号					
	銀行・農協 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所	1普通 2当座 3その他						
	金融機関コード		店舗コード	口座 名義人	(フリガナ)					
請求金額	円									

*** 申請をされる方へ**

この用紙と、県外医療機関で受診された妊婦一般健康診査票と領収書を提出して下さい。
なお、提出された書類は、返還できませんのでご了承下さい。

《以下の欄は記入しないで下さい》

	第1回	第2回	第3回	第4回	第5回	第6回	第7回
公費負担額	6,300	15,000	5,000	9,000	9,000	5,000	5,000
領収書							
支払い額							

	第8回	第9回	第10回	第11回	第12回	第13回	第14回
公費負担額	11,700	5,000	5,000	9,000	5,000	5,000	5,000
領収書							
支払い額							

(多胎妊婦用)

	第1回	第2回	第3回	第4回	第5回	受付年月日	年	月	日
公費負担額	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	窓口 ・ 郵送			
領収書									
支払い額						受付担当者			