

# 産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(産婦健康診査票・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、産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

産婦氏名	(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
	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産婦健康診査受診票、質問票セット及び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
公費負担額	5,000	5,000
領収書		
支払い額		

受付年月日 年 月 日 窓口 ・ 郵送

受付担当者 \_\_\_\_\_