

妊婦・乳児健康診査等受診料支給申請書

年 月 日

大崎上島町長 様

申請書 住所 豊田郡大崎上島町
 電話番号
 名前

印

下記のとおり申請します。

受給者	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名					
	受給者の該当項目	①妊婦（出産予定日： 年 月 日） ②産婦（出産日： 年 月 日） ③乳児（出生日： 年 月 日）				
	住所	豊田郡大崎上島町	電話番号			
	支給申請する項目	クラミジア検査受診券 ・ 子宮頸がん検診受診券 妊婦一般健康診査検査券 妊婦一般健康診査補助券（1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14回） 助産施設妊婦一般健康診査補助券（1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11回） 産婦健康診査受診券（1,2回） 新生児聴覚検査受診票 ・ 乳児一般健康診査受診票				
医療機関	妊婦にかかわる健診機関	医療機関名 所在地				
	産婦健診機関	医療機関名 所在地				
	乳児にかかわる健診機関	医療機関名 所在地				
振込先	金融機関名	銀行	支店（支所）			
	店舗名					
	預金種別	普通	当座			
	口座番号					
	フリガナ					
	口座名義人					

添付書類

- 1、医療機関の領収書・明細書
- 2、償還払いの対象となる受診（券）票
- 3、受診結果（母子健康手帳の記録のコピー）
- 4、口座振替依頼書・・・記入機関証明書または、通帳の表紙の裏のコピー
- 5、委任状・・・申請者と口座振替依頼書の口座名義人が異なる場合添付