

様式第1号（第6条関係）

妊婦一般健康診査・産後2週間健康診査・産後1か月健康診査  
費用助成申請書兼請求書

年 月 日

喜多方市長様

申請者 住 所 喜多方市

氏 名

印

電話番号 ( )

喜多方市妊婦一般健康診査・産後2週間健康診査・産後1か月健康診査受診費用助成金を交付されるよう申請（請求）します。なお、受領する助成金は、下記口座へ振り込みください。

記

受診した者（氏名）	(ふりがな)
住 所	〒
生年月日	年 月 日
受診した妊婦一般健康診査	<input type="checkbox"/> 妊娠前期 <input type="checkbox"/> 妊娠後期 <input type="checkbox"/> 36週前後 <input type="checkbox"/> 20週前後 <input type="checkbox"/> 5回目 <input type="checkbox"/> 6回目 <input type="checkbox"/> 7回目 <input type="checkbox"/> 8回目 <input type="checkbox"/> 9回目 <input type="checkbox"/> 10回目 <input type="checkbox"/> 11回目 <input type="checkbox"/> 12回目 <input type="checkbox"/> 13回目 <input type="checkbox"/> 14回目 <input type="checkbox"/> 15回目 <input type="checkbox"/> 産後2週間健康診査 <input type="checkbox"/> 産後1か月健康診査
受診した医療機関	医療機関名
	住 所
医療機関への支払金額 (総額)	円
助成金請求額	円※記入しないでください
振 込 先	金融機関名 <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 農協 支店
	口座種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	口座名義 (ふりがな)
	口座番号

○添付書類

妊婦一般健康診査・産後2週間・産後1か月健康診査の受診領収書及び診療明細書

妊婦一般健康診査受診結果票・産後2週間・産後1か月健康診査受診結果票

母子健康手帳（健診結果記入欄） 本人名義の振込先口座の写し

※喜多方市使用欄（申請者は記入しないでください）

審査	助成決定額	円	助成決定月日	年 月 日
課長	課長補佐	室長・主任技査	副主任技査	室員（母子）