

里帰り等妊婦健康診査受診費用助成金交付申請書

年 月 日

鳥 栖 市 長 様

〈申請者〉

住 所

氏 名

電 話() -

里帰り出産などの為(指定外医療機関 ・ 助産所)で妊婦健康診査を受診し、費用を負担したので、別紙のとおり助成金の交付を申請します。

この申請内容について、公簿との照会及び医療機関等へ確認することに同意します。

記

対象妊婦氏名		(出産日 年 月 日)		
助 成 対 象 妊 婦 健 診	受診年月日	受診医療機関	費用負担額	※ 助成金額
	年 月 日		円	円
	年 月 日		円	円
	年 月 日		円	円
	年 月 日		円	円
	年 月 日		円	円
	年 月 日		円	円
	年 月 日		円	円
	年 月 日		円	円

各健診の自己負担額と費用助成上限金額のうち、いずれか低い方の金額が助成金額となります。

(※の所は記入不要です)

※助成金額総計 円

口座振替依頼書

助成金については下記の口座に振り込んでください。

振込先金融機関	預金種別	口座番号
銀行 支店	普通 当座	
口座名義人 (フリガナ)		

注1) **申請書類** ①里帰り等妊婦健康診査受診費用助成金交付申請書

②里帰り等妊婦健康診査受診費用助成金交付申請に伴う健康診査受診証明及び健康診査結果

③妊婦健康診査受診医療機関の領収書 (受診者氏名、保険適用外の妊婦健康診査費用であること、健診年月日、領収金額、医療機関の確認ができるもの)

④母子健康手帳 ⑤認印 ⑥未使用の妊婦健診受診票 ⑦振込を希望する通帳

注2) **申請期間は出産後6か月以内**です。ご注意ください。