

産婦健康診査費助成申請書兼請求書(記入例)

長与町長 様

年 月 日

私は産婦健康診査を委託医療機関等で受診できなかったため、下記医療機関等で受診しました。その費用について助成を申請します。また、本件申請について、支給の決定があった場合は、下記申請及び請求金額の欄に掲げる金額を請求します。

1. 産婦健康診査該当者

氏名 長与 せとか 昭和58年3月12日生(00歳)
住所 長崎県西彼杵郡長与町 吉無田郷 00-00
分娩日 令和00年00月00日 連絡先(Tel) 090-0000-0000
帰省などで滞在先のある方(滞在期間 産後1か月間予定)
滞在先の電話番号 080-0000-0000(長崎様方)

2. 委託医療機関等で受診できなかった理由

(帰省)仕事の都合、その他()

3. 産婦健康診査を受診した医療機関等

住所 00県00市00-00
医療機関名 00産婦人科医院
担当医師等 0000
連絡先(Tel) 090-0000-0000

上限額とは、長与町が医療機関と委託契約を結ぶ際の委託金額のことです。

4. 申請及び請求金額(産婦健康診査の種類に○印を付け、窓口支払額を記入)

Table with 5 columns: 〇印, 回数, 週数, 上限額, 支払額. Row 1: 1回目, 産後2週間, 5,000円, 支払額空. Row 2: 〇, 2回目, 産後1か月, 5,000円, 支払額5,000円.

保険診療分は対象外です。

合計 円 (※ 合計欄は記入しないで下さい)

5. 振込先(口座名義と産婦健康診査該当者の氏名は揃えて)

金融機関名 000 銀行 長与 支店
種別 1. (普通) 2. 当座

必ず産婦健康診査受診者名義で記入してください。

(フリガナ) (ナガヨ セトカ)
口座番号 0000 口座名義 長与 せとか