

妊産婦健康診査費助成申請書

年 月 日

(あて先)
南魚沼市長

申請者 住所 〒
南魚沼市

氏名

電話 — —

妊産婦健康診査を下記の医療機関で受診しましたので、関係書類を添えて申請します。
なお、助成を受けるにあたり必要があるときは、住民基本台帳の閲覧や受診機関への支払い
内訳確認等、関係部署等に確認することに同意します。

記

妊産婦健康診査の種類		妊婦一般健康診査（県外等での受診・15回目以降）・産婦健康診査		
医療機関名	住所			
	名称			
振込先 ※妊産婦 本人名義	金融機関名		本・支店名	
	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】

- ・医療機関が発行する妊産婦健康診査に要した費用の領収書及び診療明細書
- ・妊婦一般健康診査又は産婦健康診査の受診記録が記載された母子健康手帳のページの写し
- ・使用していない妊婦一般健康診査受診票又は産婦健康診査受診票
- ・妊産婦健康診査受診状況（様式第2号）

※注意事項 最後に健診を受けた日から6か月以内に申請をしてください。

受付	大和・塩沢・子育て 保健課・こさが	受理年月日
処理者		