

様式第1号（第5条関係）

妊婦健診費用助成申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）三条市教育委員会

妊婦健診費用の助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請し、及び請求します。
 なお、助成金の交付の要件の確認のため、市が医療機関等に対して、受診に要した費用の支払内訳等を確認することに同意します。

申請者 住所
 (妊婦名) 氏名 ㊟
 生年月日 年 月 日
 電話番号
 母子健康手帳No.

妊婦健診の受診の状況及び助成申請額	受診日	受診に要した費用	助成請求額 (受診に要した費用と助成対象経費のいずれか低い額)
	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
	計	円	円

妊婦健診を受けた医療機関又は助産所	所在地	
	名称	

指定振込口座	金融機関名	
	支店名	
	口座番号	
	口座名義人 (受給者本人)	

※1 実際にかかった健診の費用が各検査項目の上限額を超えた場合は、上限額までしか助成(申請)できません。

2 氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。