

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			
<p>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。</p>			
		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
	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。