

立科町多胎妊婦健康診査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

立科町長 様

立科町多胎妊婦健康診査費助成事業実施要項第5条に基づき関係書類を添えて申請します。
また、町が医療機関等に対し、下記の申請に必要な情報について照会することに同意します。

受診者氏名 (申請者)			生年月日	年 月 日	
住 所			出産(予定)日	年 月 日	
交付申請額等	受 診 日	自己負担金額 (保険適用分を除く) (A)	助成限度額 (B)	申 請 額 (AとBのうち少ない額)	
	年 月 日	円	5,000 円	円	
	年 月 日	円	5,000 円	円	
	年 月 日	円	5,000 円	円	
	年 月 日	円	5,000 円	円	
	年 月 日	円	5,000 円	円	
			申請額合計	円	
振 込 先	金融機関名				
	支 店 名				
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義人 (申請者と同一名義)				
関係書類	(1)医療機関等発行の領収書 (2)診療明細書 (3)母子健康手帳の「表紙」「妊娠中の経過」の部分の写し (4)振込先口座がわかるもの (5)その他町長が必要と認める書類				

- ※ 保険適用外の妊婦健診が対象です。(健康保険適用分は対象外です。)
- ※ 妊娠判定のための診察や妊娠の届出をする前の妊婦健診は対象外になります。
- ※ 妊婦一般健康診査受診票を使用した妊婦健診は対象外になります。
- ※ 申請は、当該妊婦健診の最終受診日から1年以内に限りです。