

様式第8号（第8条関係）

妊婦一般健康診査追加健診費用助成申請書兼請求書

年 月 日

喜多方市長様

申請者 住 所 喜多方市

氏 名

印

電話番号 ( )

喜多方市妊婦一般健康診査追加健診受診費用助成金を交付されるよう申請（請求）します。なお、受領する助成金は、下記口座へ振り込みください。

記

受診した者(氏名)	(ふりがな)
住 所	〒
生年月日	年 月 日
受診した妊婦一般健康診査	<input type="checkbox"/> 追加1回目 <input type="checkbox"/> 追加2回目 <input type="checkbox"/> 追加3回目 <input type="checkbox"/> 追加4回目 <input type="checkbox"/> 追加5回目
受診した医療機関	医療機関名
	住 所
医療機関への支払金額(総額)	円
助成金請求額	円※記入しないでください
振 込 先	金融機関名 <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 農協 支店
	口座種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	口座名義 (ふりがな)
	口座番号

○添付書類

妊婦一般健康診査追加健診の受診領収書及び診療明細書

妊婦一般健康診査追加健診受診結果票

母子健康手帳（健診結果記入欄） 本人名義の振込先口座の写し

※喜多方市使用欄申請者は記入しないでください

審査	助成決定額	円	助成決定月日	年 月 日
課長	課長補佐	室長	副主任技査	室員