

見本

様式第1号（第5条関係）

岡谷市妊婦一般健康診査県外受診補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

岡谷市長 殿

自署

申請者
住所
氏名
連絡先

妊婦一般健康診査を県外の医療機関で受診したので、補助金の申請及び補助金交付の請求をします。

補助金の申請額 (請求額)	空欄にしてください。						円
受診者の生年月日	年 月 日						
出産日	年 月 日						
医療機関等名	住所 名称						
受診状況	回数	健診の 週数	受診日	医療機関等 への支払額	補助金の 限度額	補助金の 申請額 (請求額)	
	第 回	週	年 月 日	円	円	円	
	第 回	週	年 月 日	円	円	円	
	第 回	週	年 月 日	円	円	円	
	第 回	週	年 月 日	円	円	円	
	第 回	週	年 月 日	円	円	円	
	第 回	週	年 月 日	円	円	円	

記入して提出してください。
出産前の場合は、
出産予定日を記入

各週数の受診状況、金額等は、領収書を確認してこちらで記入させていただきますので空欄のままにしてください。

	第 回	週	年 月 日	円	円	円
	第 回	週	年 月 日	円	円	円
	第 回	週	年 月 日	円	円	円
	第 回	週	年 月 日	円	円	円
	第 回	週	年 月 日	円	円	円
	第 回	週	年 月 日	円	円	円
	第 回	週	年 月 日	円	円	円
	計			円	円	円

備考

- 1 補助金の額は、医療機関等への支払額と補助金の限度額のいずれか少ない額とする。
- 2 この表の補助金の申請額（請求額）の欄には、医療機関等への支払額と補助金の限度額のいずれか少ない額を記入してください。
- 3 医療機関等の領収書及び未使用の妊婦一般健康診査受診票を添付してください。

口座振込 金融機関	(金融機関) (本・支店名)	店番号・口座番号	店番号	口座番号
		(フリガナ) 口座名義人		

ご本人様（妊婦さん）名義の
銀行口座を記入してください。

※ご本人様以外の口座の場合、以下のように同意のサインを記入してください。

例) 上記の者へ振り込むことを希望します。

岡谷 花子 印