

県外における妊婦健康診査等受診費用助成申請書兼請求書

年 月 日

鯖江市長 殿

〒

申請者 住所 鯖江市

氏名

乳児氏名

(年 月 日生)

TEL -

県外における妊婦健康診査等受診費用助成金交付要綱第6条、鯖江市新生児聴覚スクリーニング検査事業実施要綱第7条および鯖江市産婦健康診査助成事業実施要綱第9条により、必要書類を添えて、次のとおり健診費用の助成額を申請（請求）します。

なお、この申請に基づく助成の決定にあたり確認等が必要な場合には、市が住民基本台帳を閲覧し、受診した医療機関等に問い合わせることに同意します。

金 円也

請求明細一覧 ※健診に要した費用が対象であり、治療等医療保険適用分は対象には含まれません。

受診日	医療機関名	費用	健診種別	助成の額
. .		円	一般・血液・子宮・HTLV1・クラミジア	円
			聴覚・1・4・9-10・産婦	
. .		円	一般・血液・子宮・HTLV1・クラミジア	円
			聴覚・1・4・9-10・産婦	
. .		円	一般・血液・子宮・HTLV1・クラミジア	円
			聴覚・1・4・9-10・産婦	
. .		円	一般・血液・子宮・HTLV1・クラミジア	円
			聴覚・1・4・9-10・産婦	
. .		円	一般・血液・子宮・HTLV1・クラミジア	円
			聴覚・1・4・9-10・産婦	
. .		円	一般・血液・子宮・HTLV1・クラミジア	円
			聴覚・1・4・9-10・産婦	
合 計		円		円

振込先 ※振込先が申請者と異なる場合は委任状が必要です。

ふりがな			
口座名義人			
金融機関名		支店名	
預金種別	普通・当座	口座番号	

