

年 月 日

武雄市長 様

申請者 住所
氏名
電話

（注）本人が自署(手書き)する場合は押印不要。

武雄市妊婦・乳幼児健康診査受診費助成交付申請書

武雄市が委託する医療機関以外で妊婦及び乳幼児健康診査を受診し、費用を負担したので武雄市妊婦及び乳幼児健康診査実施要綱第9条第2項の規定により、下記のとおり助成金の交付を申請します。
この申請内容については、公簿との照合及び医療機関等に確認することに同意します。

記

受診者名		生年月日		年	月	日
妊婦健康診査	受診年月日	医療機関名	受診都道府県名	負担費用額		
	年 月 日		都・道府・県			
	年 月 日		都・道府・県			
	年 月 日		都・道府・県			
	年 月 日		都・道府・県			
	年 月 日		都・道府・県			

受診者名		生年月日		年	月	日
乳幼児健診	受診年月日	医療機関名	受診都道府県名	負担費用額		
	年 月 日		都・道府・県			
	年 月 日		都・道府・県			

武雄市妊婦・乳幼児健康診査受診費助成金口座振替依頼書

助成金については、次の口座に振り込んでください。

振込先金融機関		店番号			口座番号(普通口座)						
銀行・金庫	支店・支所										
農協・組合	本店・出張所	口座名義									

- ※添付書類 ① 結果を記入した「妊婦健診受診票(補助券)」「乳児一般健康診査受診票」の原本又はその写し
② 妊婦健診受診費、乳児一般健診受診費の領収書又はその写し
- ※助成金額 委託医療機関で受診した場合に要する費用に相当する額の範囲内で市長が別に定める額
- ※申請期間 各種健康診査を最後に受診した日から起算して1年を超えない日の属する月の末日