

妊産婦健康診査費・新生児聴覚検査費助成申請書兼請求書

年 月 日

横手市長様

申請者 住所 横手市

氏名

県外の医療機関で妊産婦健康診査・新生児聴覚検査等を実施したので、その費用について次のとおり助成申請及び請求します。

妊産婦氏名							
児 氏 名							
住 所	〒 横手市 電話番号						
受診医療機関名							
医 師 氏 名							
受 診 理 由	里帰りのため ・ その他()						
費 用 額	※ ￥ — (内訳 別紙のとおり)						
振 込 先	金融機関	銀行			本店		
		信用金庫			支店		
	農協			出張所			
	銀行コード				支店コード		
	口座番号	普通 ・ 当座					
フリガナ							
口座名義							

※添付書類 ①妊産婦健康診査・新生児聴覚検査結果[使用した受診票(医師の署名を要確認)]

②妊産婦健康診査・新生児聴覚検査費用の領収書・診療明細書

※費用額は市で記入します。