

妊産婦健康診査費

新生児聴覚検査費

1か月児健康診査費

助成申請書兼請求書

令和 年 月 日

横手市長様

申請者 住所 横手市

氏名

委託医療機関以外で妊産婦健康診査・新生児聴覚検査・1か月児健康診査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			
受診医療機関名 医師名 (複数ある場合はすべて記入してください)							
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							

※添付書類が複数ある場合、1枚の申請書兼請求書でまとめて申請できます。

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

②妊産婦健康診査・新生児聴覚検査・1か月児健康診査費用の領収書・診療明細書

※費用額は市で記入します。