様式第１号（第５条関係）

妊婦健康診査費用助成申請書

　　　　　　　　　　年　　月　　日

幕別町長　様

申請者　 郵便番号

住　所

氏　名

電話番号

幕別町妊婦健康診査費用の助成実施要綱の規定により、次のとおり妊婦健康診査費用の助成を申請します。なお、審査のため領収書について医療機関への内容照会を行うこと、申請者の住所等に関する公簿を閲覧することについて同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 妊婦健康診査を受けた者の氏名 |  |
| 妊婦健康診査を受けた者の住所 | 幕別町 |
| 妊婦健康診査を受けた者の生年月日 | 　　　　　年　　　　月　　　日生 |
| 妊婦健康診査を受けた医療機関名 |  |

※　助成の額は、医療保険適用外の妊婦健康診査に要した費用で、20,000円を上限とします。

【添付書類】

１　医療保険各法による被保険者又は被扶養者であることが証明できる書類の写し（被保険者証等）

２　妊婦健康診査の受診を証明することができる書類の写し（母子健康手帳等）

３　医療機関が発行する妊婦健康診査に要した費用の内訳が記載された領収書の写し

４　口座の確認ができるものの写し（通帳等）

【振込先金融機関】

|  |  |
| --- | --- |
| 銀行金庫組合農協 | 本店･支店本所･支所出張所 |
| 預金種別 | □　普　通□　当　座□　貯　蓄 | ゆうちょ銀行の場合 | 店名 | 店番 |
| 口座番号 |  |
| 口座名義人 | (フリガナ) |
|  |