

# 高知市妊婦一般健康診査費助成金支給申請書

申請日 年 月 日

(あて先) 高知市長

申請者(本人又は配偶者) 住所

氏名

次のとおり、妊婦一般健康診査費用の助成について関係書類を添えて申請します。

受診者	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏名			生年月日	年 月 日
	住所 連絡先	〒 高知市 電話 - -			
	出産予定日	年 月 日			
	受診医療機関等 ※高知県外の医療 機関等に限りません。	医療機関等の名称: 所在地:			電話番号
振込先	金融機関名	※申請者の口座をご記入ください。 銀行・金庫・農協 本店・支店・出張所			
	預金種別	普通・当座	口座番号		
	口座名義人	※カナ書き			

申請(○印をつける。)	該当する妊婦 健診受診票	健診受診年月日	自己負担額	助成の上限額	※1 申請額
	1回目	年 月 日	円	円	円
	2回目	年 月 日	円	円	円
	3回目	年 月 日	円	円	円
	4回目	年 月 日	円	円	円
	5回目	年 月 日	円	円	円
	6回目	年 月 日	円	円	円
	7回目	年 月 日	円	円	円
	8回目	年 月 日	円	円	円
	9回目	年 月 日	円	円	円
	10回目	年 月 日	円	円	円
	11回目	年 月 日	円	円	円
	12回目	年 月 日	円	円	円
	13回目	年 月 日	円	円	円
	14回目	年 月 日	円	円	円
助成金申請合計額					円

※1 申請額は、各回において「自己負担額」と「助成の上限額」のうちいずれか少ない方の額を記入してください。

- 県外の医療機関等で健康診査を受けた日から1年以内に申請してください。
- 領収書を紛失した場合は、裏面の各項目について医療機関及び助産所で記入してもらってください。

《添付書類》 ①妊婦一般健康診査受診票 ②領収書