

第1号様式

# 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

※申請者は、「口座名義人」と同じ氏名にしてください。(妊婦本人または配偶者)

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				
	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:		領収書の病院名(県外)です。(県内分は申請できません。)	
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		ゆうちょ銀行(郵便局)は、必ず通帳で「他行振込用の口座番号・支店」を確認して下さい。 ※「記号・番号」は不可です。(支店の例: 六四八 支店)	

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

※領収書の見方が分からない場合は、「振込先」までの記入でかまいません。(対象外の領収書は、後日返却します。)

※「自己負担額」は、保険外(10割分)の健診・検査料です。10割分でも、予防接種、物品や講習の料金等は対象外です。  
※上限額は、受診した年度(4月~3月)により変更される場合があります。

※申請書に添付する「受診票(右)に書かれている回数」です。  
※助成は県内+県外で最大14回です。

※「申請額」欄は、記入不要です。

- 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