様式第3号

三沢市妊産婦健康診査費用給付申請書

関係書類を添えて下記のとおり妊産婦健康診査費用の給付を申請します。
なお、本申請の審査に必要な範囲で、戸籍等の確認を行うことに同意します。
申請者と口座名義人が異なる場合は、受領を口座名義人に委任します。

記

※太枠内のみ記入

（ふりがな） 給付対象者	（みさわ　はなこ） 三沢　花子　　S・H　○年　○月　○日生
給付対象者の住所	〒 033-○○○○ 三沢市○○○○○○
連絡先	○○○-○○○○-○○○○
予定日 （出産日）	令和　○年　○月　○日
医療機関名	○○○○病院

＜妊婦健康診査内訳＞

受診票	給付申請額	受診票	給付申請額
第1回	円	第12回	円
第2回	円	第13回	円
第3回	円	第14回	円
第4回	円	基本妊婦健診 多胎追加分 （7回まで）	（計　回） 円
第5回	円		
第6回	円	超音波検査 （4回、多胎7回まで）	（計　回） 円
第7回	円		
第8回	円	HTLV-1抗体検査	円
第9回	円	ラクトバチルス （Nスコア）	円
第10回	円	子宮頸がん検診	円
第11回	円	性器クラミジア検査	円
妊婦健診合計	円		

＜産婦健康診査内訳＞

受診票	給付申請額
第1回目	円
第2回目	円
産婦健診合計	円

三沢市長　殿

記入不要⇒　令和　　年　　月　　日

申請者氏名　三沢　花子　（続柄：本人　）

振込先	金融機関名	△△　銀行											支店
	預金種別	（普通）・当座	口座番号										
	（ふりがな） 口座名義人	（みさわ　はなこ） 三沢　花子											

ゆうちょ銀行の場合は漢数字で支店名を記入

添付書類　：①健康診査結果が記載された受診票
②健康診査結果が確認できる母子健康手帳の写し
③健康診査費用が確認できる医療機関が発行した領収書と明細書
④振込口座等が確認できる預金通帳の写し

上記申請に基づく給付決定額	課長	統括主幹	担当者	受付者
円				