

健康診査費用助成申請書

笛吹市長 様

〒

住所 _____

氏名 _____

申請者 電話 _____

受診者との関係 _____

笛吹市妊婦、産婦及び乳幼児健康診査費用助成要綱に基づき、次のとおり必要書類を添えて申請します。

受診者	住所	笛吹市		
	ふりがな			
	氏名	※旧姓()		
	電話			
生年月日			母子健康手帳番号	
受診医療機関	所在地			
	名称	電話		
健診の種類	妊婦健康診査 ・ 多胎妊婦健康診査 ・ 産婦健康診査 新生児聴覚検査 ・ 乳児一般健康診査			
申請額				円 (保険外診療分の金額) (別添領収書のとおり)

※母子健康手帳交付後、姓が変わった場合は旧姓を記入してください。

【助成金振込口座】

金融機関名	銀行 金庫		本店	支店
	組合 農協		支所	出張所
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号		
ふりがな				
口座名義人				

【承諾欄】

私は、笛吹市が本申請に係る事務を行うに当たり、住民基本台帳等を閲覧することを承諾します。				
年	月	日		
			申請者	住所
				氏名

(裏)
医療機関様へ

この用紙は、笛吹市の妊婦、産婦及び乳児の健康診査に対する助成金の申請書類です。
笛吹市民が、妊婦、産婦及び乳児健康診査を受けた場合は、次の項目についてご記入ください
ますよう、ご協力よろしくお願ひいたします。

【妊婦健診用】

妊婦健診年月日	健診時の妊娠週数	領収金額 (保険適用外分)
年 月 日	週	円
年 月 日	週	円
年 月 日	週	円
年 月 日	週	円
年 月 日	週	円
年 月 日	週	円
年 月 日	週	円
年 月 日	週	円
年 月 日	週	円
年 月 日	週	円
年 月 日	週	円
年 月 日	週	円
年 月 日	週	円
年 月 日	週	円
年 月 日	週	円

【多胎妊婦健診用】

妊婦健診年月日	健診時の妊娠週数	領収金額(保険適用外分)
年 月 日	週	円
年 月 日	週	円
年 月 日	週	円
年 月 日	週	円
年 月 日	週	円

【産婦健診用】

産婦健診年月日	領収金額(保険適用外分)
年 月 日	円
年 月 日	円

【新生児聴覚検査用】

新生児聴覚検査年月日	領収金額(保険適用外分)
年 月 日	円

【乳児健診用】

乳児健診年月日	健診時の妊娠週数	領収金額(保険適用外分)
年 月 日	月	円
年 月 日	月	円

受診医療機関	所在地	
	名称	電話