

岐阜市妊婦健康診査県外等受診者費用助成申請書

年 月 日

(あて先) 岐 阜 市 長

〒

申請者 住所

氏名 印

電話

(申請者は当該妊婦健康診査等受診者)

関係書類を添えて、下記のとおり妊婦健康診査等費用の助成を申請します。

なお、本申請に係る岐阜市の住民であることの確認のため、住民登録資料の閲覧について承諾します。

妊婦健康診査名	助成額	妊婦健康診査名	助成額
妊婦健康診査(1回目)	円	妊婦健康診査(8回目)	円
妊婦健康診査(2回目)	円	妊婦健康診査(9回目)	円
妊婦健康診査(3回目)	円	妊婦健康診査(10回目)	円
妊婦健康診査(4回目)	円	妊婦健康診査(11回目)	円
妊婦健康診査(5回目)	円	妊婦健康診査(12回目)	円
妊婦健康診査(6回目)	円	妊婦健康診査(13回目)	円
妊婦健康診査(7回目)	円	妊婦健康診査(14回目)	円
合計			円

(健診に要した費用。ただし、岐阜市と岐阜県医師会又は委託医療機関が締結した契約金額を上限とする。)

振込先金融機関名	口座名義人	種別	口座番号
銀行 本店	ふりがな	普通	
金庫 支店(支所)		当座	
農協 出張所			

注) 太枠内をご記入ください。

- 添付書類 1 妊婦健康診査受診票
 (受診結果が記入され、医師又は助産師の証明があるものに限る)
 2 妊婦健康診査受診に係る領収書