

様式第1号(第5条関係)

玉城町妊婦一般健康診査県外受診費助成申請書

年 月 日

玉城町長 あて

住所

申請者 氏名

印

電話番号

玉城町妊婦一般健康診査県外受診費を助成されるよう、玉城町妊婦一般健康診査県外受診費助成事業実施要綱第5条の規定に基づき下記のとおり申請します。この申請に関し、住所要件、受診状況等の必要事項を照会することを承諾します。

記

妊婦一般健康診査受診日 (健診区分)	受診した医療機関等 に支払った額 円	申請額 (※) 円	※ 助成決定額 (記入しないでください) 円
年 月 日 (回目)	円	円	円
年 月 日 (回目)	円	円	円
年 月 日 (回目)	円	円	円
年 月 日 (回目)	円	円	円
年 月 日 (回目)	円	円	円
合計	円	円	円

[振込先]

金融機関名	預金 種別	口座番号	口座名義人 (フリガナ)
銀行 信用金庫 支店 農 協 支所	当座 ・ 普通		()
ゆうちょ銀行 店	普通 ・ 貯蓄		()

※ 助成は1回の妊娠につき14回以内。

太枠のみに記入してください。申請には、母子健康手帳、受診医療機関発行の領収書、母子保健のしおりに綴られている妊婦一般健康診査結果票を必ずご持参ください。

記入例

玉城町妊婦一般健康診査県外受診費助成申請書

申請は健診受診日から
2か月以内

玉城町長 あて

妊婦健診を受診された方の
氏名をご記入ください

令和4年6月1日

住所 玉城町勝田 123-4

申請者 氏名 玉城 花子 印

電話番号 090-1234-5678

ご連絡がつかう電話番号
をご記入ください

玉城町妊婦一般健康診査県外受診費を助成されるよう、玉城町妊婦一般健康診査費
助成事業実施要綱第5条の規定に基づき下記のとおり申請します。この申請に関し、住所要件、
受診状況等の必要事項を照会することを承諾します。

医療機関に支払った金額と別表の金額を比較
して金額の少ない方をご記入ください

記

妊婦一般健康診査受診日	受診した医療機関等 に支払った額 円	申請額 (※) 円	※ 助成決定額 (記入しないでください) 円
R4年4月3日 (1回目)	25,000円	24,020円	円
R4年4月30日 (2回目)	5,600円	5,060円	円
R4年5月27日 (3回目)	5,000円	5,000円	円
年 月 日 (回目)	円	円	円
年 月 日 (回目)	円	円	円
合計	35,600円	34,080円	

申請者 (妊婦健診受診者) の
方の口座をご記入ください

〔振込先〕

金融機関名	預金 種別	口座番号	口座名義人 (フリガナ)
●◆ 銀行 信用金庫 ■■ 支店 農 協 支所	当座 ・ 普通	123456	(タマキ ハナコ) 玉城 花子
ゆうちょ銀行 店	普通 ・ 貯蓄		()

※ 助成は1回の妊娠につき14回以内。

太枠のみに記入してください。申請には、母子健康手帳、受診医療機関発行の領収書、母子保健のしおりに綴られている妊婦一般健康診査結果票を必ずご持参ください。