

様式第2号（第7条関係）

年 月 日

本巢市長 様

申請者 住所  
氏名 ④  
電話 — —

妊産婦健康診査費助成申請書

妊娠、出産に伴う健康診査を次の医療機関で受けましたので、本巢市妊産婦健康診査費の助成に関する要綱に基づき、受診票と領収書を添えて助成金の申請をします。

申請にあたり、次の3点について同意します。

- ①申請の適正を判断するため市が医療機関に対し検査内容等と照会すること。
- ②受診票に記載された個人情報及び結果を市が保管すること。
- ③今後の支援のために市が精密検査結果等について医療機関に対して照会すること。

1 医療機関名 \_\_\_\_\_

2 支払額

種 別	支払額	
妊婦健康診査	枚	円
産婦健康診査	枚	円
合計金額		円

3 助成金の振込先

金融機関名		本・支店名	
普通・当座	口座番号	フリガナ	口座名義人

※助成金の額（この欄は記入しないでください。）

種 別	助成額	
妊婦健康診査	枚	円
産婦健康診査	枚	円
合計金額		円

※裏面に妊産婦健康診査費領収書を添付すること。

※受診票を添えること。