別記様式（第６条関係）

年　　月　　日

丸亀市長　宛

申請者住所

氏名　　（受診者との関係　　）
連絡先

丸亀市妊婦健康診査等費用助成申請書兼請求書

妊婦健康診査等費用助成を受けたいので、丸亀市妊産婦健康診査及び乳児健康診査実施要綱第６条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請・請求します。
なお、この申請に当たり、住民基本台帳等の確認をすることに同意します。

記

１　受診者　　太枠内をご記入ください

住　　所			電話番号	
1	受診者氏　　名		生年月日	
2	受診者氏　　名		生年月日	

２　申請する健康診査費
該当する健康診査の各健康診査に係る費用の助成合計額をご記入ください。

対象の健診	領収合計額 ※裏面金額	助成対象額 (A)	上限額 (B)	助成額 (A)と(B)のいずれか少ない額
妊婦一般健康診査等	円	円	円	円
産婦健康診査	円	円	円	円
新生児聴覚検査	円	円	円	円
乳児一般健康診査	円	円	円	円

３　振込先

銀行名	銀行・信用金庫 農業協同組合	支店名	本店 支店・所
口座名義	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		
口座種別	普通　・　当座	口座番号	

４　申請用添付書類等
（１）受診票（申請及び請求に必要な事項が記載されたもの）
（２）実施医療機関の領収書（レシート・コピーは不可）
※領収書には、次の項目の記載が必要です。①受診者氏名②診療年月日③領収金額④医療機関等の名称・所在地・電話番号
※領収書が発行されない場合、裏面を医療機関等で記載してもらってください。
（３）通帳又はキャッシュカード
（４）母子健康手帳

各健診に係る領収金額合計(健康保険診療分は除く。)、健診年月日、領収金額をご記入ください。

●妊婦一般健康診査等　**領収金額合計**

	健診年月日	領収金額		健診年月日	領収金額
1	年　月　日	円	8	年　月　日	円
2	年　月　日	円	9	年　月　日	円
3	年　月　日	円	10	年　月　日	円
4	年　月　日	円	11	年　月　日	円
5	年　月　日	円	12	年　月　日	円
6	年　月　日	円	13	年　月　日	円
7	年　月　日	円	14	年　月　日	円

●産婦健康診査　**領収金額合計**

	健診年月日	領収金額		健診年月日	領収金額
1	年　月　日	円	2	年　月　日	円

●新生児聴覚検査　**領収金額合計**

	検査年月日	領収金額		検査年月日	領収金額
1	年　月　日	円	2	年　月　日	円
	検査結果	異常なし・再検査		検査結果	異常なし・精密検査

●乳児一般健康診査　**領収金額合計**

	健診年月日	領収金額		健診年月日	領収金額
1	年　月　日	円	2	年　月　日	円

医療機関記入欄

受診者は、妊婦健康診査等に係る健診料として上記のとおり支払を完了しています。

年　　月　　日

住　　所
電話番号

医療機関等名