

申請は最終の健診受診日から6か月以内。超える場合は、ご連絡ください。

伊勢市妊婦一般健康診査県外受診費助成申請書

R6年4月1日

(宛先) 伊勢市長

妊婦健診を受診された方の氏名をご記入ください

住所 伊勢市八日市場町13番1号

申請者 氏名 伊勢 花子

電話番号 0596(27)2435

伊勢市妊婦一般健康診査県外受診費を助成されるよう、伊勢市妊婦一般健康診査県外受診費助成金交付要綱第5条の規定に基づき下記のとおり申請します。この申請に際し、住所西件

医療機関に支払った妊婦健診に、該当する金額のみをご記入ください(保険対象金額やその他の治療分は対象外)

右記の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(妊婦健診に該当する金額のみが対象)

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
R6年2月15日	5,700円	5,110円	円
R6年2月22日	5,700円	5,110円	円
R6年3月1日	5,700円	5,110円	円
年 月 日	円	円	円
年 月 日	円	円	円
合計	17,100円	15,330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	123456	(イセ ハナコ) 伊勢 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。

申請者(妊婦健診受診者)の方以外の場合は、委任状を提出してください。委任状は、健康課にあります。