

様式第2号（第7条関係）

新温泉町妊婦健康診査費支給申請書

年 月 日

新温泉町長 様

別紙関係書類を添えて妊婦健康診査費の助成を申請します。また、申請内容の審査のため、町が医療機関等へ受診内容の照会をすること、世帯の課税状況等を確認すること及び支援のため関係機関と必要な情報を共有することに同意します。

申請者	住所	新温泉町		
	氏名	Ⓜ		
	生年月日	年 月 日	母子健康手帳番号	

健康診査 受診年月日	年 月 日			
健康診査 受診医療機関				
健康診査内容	医療機関で実施する妊婦健康診査 (医療保険の対象となるもの、文書料、妊娠経過記録媒体等を除く。)			
申請額	金	円		

次のとおり金融機関に振り込みしてください。

振込金融機関	
支店名	
口座番号	普通 当座
ふりがな 口座名義人	

委任状	
左記口座名義人を代理人として定め、上記請求により新温泉町から受ける妊婦健康診査費を受領することを委任します。	
	年 月 日
申請者	住所 氏名 Ⓜ

添付書類	課長	課長補佐	係長	係
1 健康診査を受診したことを証明する書類 2 医療機関等が発行する領収書				

<町記入欄>

決 定	健康診査 費用額	円	支払済	回	円
	健康診査 支給決定額	円	合計	回	円
			左記のとおり決定します。 年 月 日		