

つくば市妊婦健康診査助成金請求書

つくば市妊婦健康診査助成金について、つくば市妊婦及び乳児の健康診査の実施並びに健康診査受診費用の助成に関する規則第8条第1項の規定に基づき、関係書類を添えて請求します。

|            |        |                          |           |  |  |  |  |      |   |   |
|------------|--------|--------------------------|-----------|--|--|--|--|------|---|---|
| 妊婦健康診査     | 受診者    | 住所                       | 〒<br>つくば市 |  |  |  |  | 生年月日 |   |   |
|            |        | 電話番号                     |           |  |  |  |  | 年    | 月 | 日 |
|            | 受診医療機関 | 医療機関名                    |           |  |  |  |  |      |   |   |
|            |        | 住所                       |           |  |  |  |  | 電話番号 |   |   |
| 振込先金融機関    |        | 銀行<br>信用金庫<br>組合<br>本・支店 |           |  |  |  |  |      |   |   |
| 口座の種別・口座番号 |        | 普通    ・    当座            |           |  |  |  |  |      |   |   |
| フリガナ       |        |                          |           |  |  |  |  |      |   |   |
| 口座名義人      |        |                          |           |  |  |  |  |      |   |   |

※ 振込先金融機関を旧姓の口座で指定される場合は、事前にお問合せください。

| 請求の内訳<br>(受診回数) | 受診日 | 助成上限額     |                          | 請求額 ※注1 | 支払額 (担当者記入欄) ※注1 |
|-----------------|-----|-----------|--------------------------|---------|------------------|
|                 |     | 第1回       | 20,550円                  | 円       | 円                |
|                 |     | 第2回       | 5,000円                   | 円       | 円                |
|                 |     | 第3回       | 5,000円                   | 円       | 円                |
|                 |     | 第4回       | 8,500円                   | 円       | 円                |
|                 |     | 第5回       | 5,000円                   | 円       | 円                |
|                 |     | 第6回       | 6,000円                   | 円       | 円                |
|                 |     | 第7回       | 5,000円                   | 円       | 円                |
|                 |     | 第8回       | 10,600円                  | 円       | 円                |
|                 |     | 第9回       | 5,000円                   | 円       | 円                |
|                 |     | 第10回      | 5,000円                   | 円       | 円                |
|                 |     | 第11回      | 8,000円                   | 円       | 円                |
|                 |     | 第12回      | ※注2 (8,500円)<br>(5,000円) | 円       | 円                |
|                 |     | 第13回      | 5,000円                   | 円       | 円                |
|                 |     | 第14回      | 5,000円                   | 円       | 円                |
|                 |     | 第15回 (多胎) | 5,000円                   | 円       | 円                |
|                 |     | 第16回 (多胎) | 5,000円                   | 円       | 円                |
|                 |     | 第17回 (多胎) | 5,000円                   | 円       | 円                |
|                 |     | 第18回 (多胎) | 5,000円                   | 円       | 円                |
|                 |     | 第19回 (多胎) | 5,000円                   | 円       | 円                |
| 合計              |     |           |                          | 円       | 円                |

※注1 助成の対象となる費用は、妊婦健康診査の費用のみとなりますので、請求額が助成上限額内であっても、実際の支払額が請求額と異なる場合があります。

※注2 医療機関で受診した場合は8,500円、助産所で受診した場合は5,000円となります。

|             |                                                                                                                                                                     |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 受 付 者 対 応 欄 |                                                                                                                                                                     |
| 添付書類        | <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 受診票 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳   ( <input type="checkbox"/> 「子の保護者」欄 <input type="checkbox"/> 「妊娠中の経過」欄) |