

健康診査費用助成申請書

令和 年 月 日

甲州市長 様

住 所 丁目

申請者

氏 名 ⑩

電 話

甲州市妊婦健康診査・乳児健康診査実施要綱に基づき、次のとおり必要書類を添えて申請します。

受診者	住所	甲州市		
	ふりがな			
	氏名	旧姓 ()		
	電話			
生年月日		昭和・平成 年 月 日	母子健康手帳番号	
受診医療機関	所在地			
	名称	電話		
健診の種類	妊婦一般健康診査 乳児一般健康診査 妊婦・乳幼児精密健康診査			
申請額	円			

※母子健康手帳交付後、姓が変わった場合は旧姓を記入ください。

【助成金振込口座】

金融機関名	銀行 金庫 組合 農協	本店 支店 支所 出張所
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号
ふりがな		
口座名義人		

(裏面)

受診明細 (本人が記入する必要はありません)

【妊婦健診用】

妊婦健診年月日	健診時の妊娠週数	(保険適用外分)
年 月 日	週	円
年 月 日	週	円
年 月 日	週	円
年 月 日	週	円
年 月 日	週	円
年 月 日	週	円
年 月 日	週	円
年 月 日	週	円
年 月 日	週	円
年 月 日	週	円
年 月 日	週	円
年 月 日	週	円
年 月 日	週	円
年 月 日	週	円
計		円

【乳児健診用】

乳児健診年月日	健診時の月齢	領収金額 (保険適用外分)
年 月 日	月	円
年 月 日	月	円
計		円