

**記入例**

妊婦健康診査費助成申請書

令和 年 月 日

(あて先) 合志市長

住所 合志市御代志1661-1  
 妊婦氏名 合志花子  
 電話番号(090-0000-0000)  
 母子健康手帳No 8-000

下記のとおり妊婦健康診査を受けましたので、合志市妊婦健康診査助成事業実施要綱第5条の規定により申請します。

1. 妊婦健康診査受診状況及び助成費用申請額

受診券番号	健診日	限度額(円)	受診に要した費用(円)	助成申請額(円) 受診に要した費用と限度額のいずれか低い額	実施機関名			
初回	年 月 日	23,670						
2	年 月 日	5,220						
3	年 月 日	9,520						
4	年 月 日	9,520						
5	使用した受診券番号の欄に記入してください。	5,220	医療機関に確認が必要な場合がありますので、この2列は記入しないでください。  記入した場合は、新しい用紙に書き直してください。		使用した受診券番号の欄に記入してください。			
6	年 月 日	9,520						
7	年 月 日	5,220						
8	年 月 日	8,290						
9	年 月 日	5,220						
10	年 月 日	8,280						
11	令和〇年〇月〇日	6,890				合志クリニック		
12	令和〇年〇月〇日	9,520				合志クリニック		
13	令和〇年〇月〇日	5,220				合志クリニック		
14	年 月 日	5,220						
合計金額								

未記入でも構いません

2. 備考

【受付確認欄】

- 受診票 ( ) 枚  
  領収書 ( ) 枚  
  請求書  
 委任状:口座が申請者本人でない場合  
  診療明細書:持参されている場合 ( ) 枚