

富田林市健康診査費用助成申請書（償還払い）
（妊婦健康診査）

妊婦健診補助券用

令和 年 月 日

富田林市長 様

申請者 住所

氏名

受診者との続柄

TEL

下記のとおり健康診査費用の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

富田林市がこの申請に必要な情報について調査すること及び医療機関等に照会することに同意します。

なお、交付決定後は下記口座への振り込みを依頼します。

(妊婦受診者)	住所	富田林市			
	フリガナ		生年月日	昭・平	年 月 日()歳
	氏名				
振込先金融機関(※)	銀行・信用組合・農協		支店	普通・当座	
	口座番号		口座名義(カタカナ)		

※旧姓名義の金融機関口座で申請される場合は、運転免許証など旧姓と現姓が確認できる書類が必要です。

《補助券利用内容》 ※欄には記入不要です。

医療機関名 ()

妊婦健康診査	受診日	領収額(自己負担分) [保険対象は除く]	※決定額
①(1,160円)	. .	円	円
②(1,000円)	. .	円	円
③(1,000円)	. .	円	円

※補助券は令和5年4月1日以降に妊娠届け出をしている人のみ利用可。

<申請に必要なもの>

- 未使用の妊婦健診補助券
- 領収書原本(※コピーして返却します)
- 母子健康手帳(※結果を確認させていただくことがあります)
- 振込先金融機関の口座名義、番号を確認できるもの(通帳)(※照会の上返却)

※ 以下は担当課で記入します。

□妊娠届出日(令和 年 月 日)

助成金額	円	受付日	令和 年 月 日	受付担当
		受付番号		