

妊産婦健康診査等費用償還払申請書

うるま市長 様

【申請者】

住 所：

氏 名：

連絡先：

続 柄：

下記のとおり、妊産婦健康診査等費用の助成を申請します。

親子（母子） 健康手帳番号			
住 所	うるま市		連 絡 先
妊産婦氏名	フガナ		生 年 月 日
	※受診時旧姓の場合の記入（旧姓 ）		年 月 日生
出産（予定）日	年 月 日妊娠週数） 週 / 産後 週 ）		
受診医療機関名	名 称		
	所在地		
助成申請額	円		
備 考			

【振込先依頼口座】

金融機関名	銀行・信用金庫		本店・支店
	農協・信用組合		本所・支所
口座番号	普通 No.	ふりがな	
		口座名義	

※添付書類

- 1 委託外医療機関等が発行した領収書及び診療明細書      2 妊婦健康診査受診票又は産婦健康診査受診票      3 受診結果がわかるもの      4 親子（母子）健康手帳      5 通帳の写し