

津山市妊婦・乳児一般健康診査費償還払申請書

津山市長 あて

平成 年 月 日

次のとおり妊婦・乳児一般健康診査に係る費用について、委託契約外医療機関で受診したため、関係書類を添えて申請します。

申請者 ※1)	氏名  印 (生年月日 年 月 日)	住所 〒 電話 ( ) -			
受診者 (妊婦) ※2)	氏名 ・申請者との続柄:本人・ ( ) (生年月日 年 月 日)	住所 〒 電話 ( ) -			
受診者 (乳児) ※2)	氏名 ・申請者との続柄:子・ ( ) (生年月日 年 月 日)	住所 〒 電話 ( ) -			
内 訳 ※3)	健 診 種 別	枚数	金額	(補助上限額)	津山市決定欄
	<input type="checkbox"/> 妊婦一般健康診査 (1回目) 妊娠8週前後	枚	円	(23,060円)~H30.3.31 (23,860円) H30.4.1~	円
	<input type="checkbox"/> 妊婦一般健康診査 (2回目以降)	枚	円	(5,750円)~H30.3.31 (6,130円) H30.4.1~	円
	<input type="checkbox"/> 超音波券	枚	円	(1,500円)	円
	<input type="checkbox"/> 血液検査券	枚	円	(1,710円)~H30.3.31 (1,760円) H30.4.1~	円
	<input type="checkbox"/> クラミジア抗原検査	枚	円	(2,440円)	円
	<input type="checkbox"/> B群溶血性レンサ球菌 (GBS) 検査	枚	円	(3,400円)~H30.3.31 (3,600円) H30.4.1~	円
	<input type="checkbox"/> 乳児一般健康診査	枚	円	(6,000円)~H30.3.31 (6,100円) H30.4.1~	円
	支払金額合計			円	合計
申請金額 金 円					助成決定金額 円

- ※1) 申請者と振込口座の名義人は同一人物としてください。
- ※2) 妊婦本人が申請者である場合は、受診者氏名欄申請者との続柄の本人に○、住所欄の「・申請者に同じ」に○をし、受診者氏名・住所の記入を省略できます。  
また、受診児と申請者の住所が同じ場合、受診者(乳児)住所欄の「・申請者に同じ」に○をし、住所の記入を省略できます。
- ※3) 今回請求する健診にのみチェックし、記入してください。

受理年月日	妊1	妊2	妊3	妊4	妊5	妊6	妊7	妊8	妊9	妊10	妊11	妊12	妊13	決定年月日
														平成 年 月 日
	妊14	クフミジア	GBS	超1	超4	超8	超12	血6	血12	乳1	乳2	決定		受付職員名
												承認・不承認		
												住民票チェック		○を記入