

津山市長 あて

記入例

令和〇〇年〇月〇日

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。

スタンプ印不可

申請者 ※1)	氏名 <b>津山 太郎</b> (生年月日S.〇〇年 〇月 〇日)	住所 〒708-8501 津山市山北520 ○×マンション101号 電話 ( 0868 ) 〇〇-〇〇〇〇			
受診者 (妊婦) ※2)	氏名 <b>津山 花子</b> (生年月日S.△△年 △月 △日) ・申請者との続柄:本人・妻 )	住所 ・申請者に同じ ) 電話 ( )			
受診者 (乳児) ※2)	氏名 <b>津山 一郎</b> (生年月日R.××年 ×月 ×日) ・申請者との続柄:子・ )	住所 ・申請者に同じ ) 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	(23,860円)	円
	<input checked="" type="checkbox"/> 妊婦一般健康診査 (2回目以降)	4枚	24,800円	(6,130円)	24,520円
	<input checked="" type="checkbox"/> 超音波券	1枚	5,300円	(1,500円)	1,500円
	<input checked="" type="checkbox"/> 血液検査券	1枚	1,000円	(1,760円)	1,000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	(3,600円)	円
	<input checked="" type="checkbox"/> 乳児一般健康診査	1枚	3,000円	(6,100円)	3,000円
	<input type="checkbox"/> 産婦健康診査	枚	円	(5,000円)	円
支払金額合計			34,100 円		合計 30,020円
申 請 金 額		金	34,100円		助成決定金額 30,020円

領収書の金額と、補助上限額を比較して金額が少ない方が助成の額となります。

乳児健診を受診している場合は記入してください。

申請者と、請求書の振込口座名義人は同一人物としてください

- ※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) 妊産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。

津山市

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	
														令和 年	
														月 日	
	妊14	クラミジア	GBS	超1	超4	超8	超12	血6	血12	乳1	乳2	産婦①	産婦②	決定	受付職員名
														承認	
														不承認	
住民票チェック														○を記入	