

様式第1号（第4条関係）

黒部市里帰り出産等妊産婦健康診査費助成申請書

年 月 日

黒部市長 あて

申請者 住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____

関係書類を添えて、下記のとおり妊産婦健康診査費の助成を申請します。

なお、本申請の審査に必要な範囲で、戸籍等の確認を行うことに同意します。

妊婦健康診査

種別	実施費用額	医療機関名	受診日	補助額 <small>※市が記入します</small>
1回	円		月 日	円
2回	円		月 日	円
3回	円		月 日	円
4回	円		月 日	円
5回	円		月 日	円
6回	円		月 日	円
7回	円		月 日	円
8回	円		月 日	円
9回	円		月 日	円
10回	円		月 日	円
11回	円		月 日	円
12回	円		月 日	円
13回	円		月 日	円
14回	円		月 日	円
計	円			円

産婦健康診査

1回	円		月 日	円
2回	円		月 日	円
計	円			円

合計	円			円
----	---	--	--	---

■関係書類

健康診査受診票

医療機関又は助産所が発行した健診費の領収書

母子健康手帳

請求書

※申請は健康診査最終受診日から起算して1年以内に行ってください。