

別記
様式（第6条関係）

※申請時にはこの記入例様式
は使用しないでください

県外での里帰り分娩における妊婦一般健康診査等公費負担申請書

記入不要 ~~年 月 日~~

海 田 町 長 様

申請者氏名 _____

関係書類を添えて、次のとおり妊婦一般健康診査等公費負担について申請します。

		氏名		生年月日				
産婦				年 月 日				
出生児				年 月 日				
住所		海田町 電話 ()						
里帰り期間		年 月 ~ 年 月まで						
里帰り先の 医療機関名		医療機関名						
		住 所 電話番号		電話 ()				
公費負担申請額		円						
		妊婦一般健康診査補助券		円× 回=	記入不要			
		妊婦一般健康診査検査券		円× 回=				
		子宮頸がん検診受診票		円× 回=				
		クラミジア検査受診券		円× 回=				
		新生児聴覚検査受検票		円× 回=				
乳児一般健康診査受診票		円× 回=						
振込先	金融機関名	銀行 金庫 組合 農協			店 所			
	預金種別	普通 当座	(ふりがな)					
			口座名義人					
	口座番号							

申請者名義の
口座を記入し
てください。
ない場合は
こども課まで
ご相談くださ
い。

※ 医療機関が発行した領収書その他検査費用の支払額が確認できる書類及び海田町妊婦一般健康
診査結果票等を添付してください。

※ 公費負担の額は、本町の規定の額を上限額とします。

※ 振込先は、口座名義人が申請者である口座です。

別記

様式（第6条関係）

県外での里帰り分娩における妊婦一般健康診査等公費負担申請書

年 月 日

海 田 町 長 様

申請者氏名 _____

関係書類を添えて、次のとおり妊婦一般健康診査等公費負担について申請します。

		氏名				生年月日			
産婦						年 月 日			
出生児						年 月 日			
住所		海田町 電話 ()							
里帰り期間		年 月 ~ 年 月まで							
里帰り先の 医療機関名		医療機関名							
		住 所 電話番号		電話 ()					
公費負担申請額		円							
		妊婦一般健康診査補助券		円 × 回 =					
		妊婦一般健康診査検査券		円 × 回 =					
		子宮頸がん検診受診票		円 × 回 =					
		クラミジア検査受診券		円 × 回 =					
		新生児聴覚検査受検票		円 × 回 =					
		乳児一般健康診査受診票		円 × 回 =					
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 組合 農協 店 所							
	預金種別	普通 当座		(ふりがな)					
				口座名義人					
	口座番号								

※ 医療機関が発行した領収書その他検査費用の支払額が確認できる書類及び海田町妊婦一般健康診査結果票等を添付してください。

※ 公費負担の額は、本町の規定の額を上限額とします。

※ 振込先は、口座名義人が申請者である口座です。