

記入しないでください

妊婦健康診査費助成申請書

年 月 日

木津川市長 様

シャチハタ不可

申請者

住 所 木津川市木津南垣外110-9

氏 名 木津川 花子

生年月日 昭和50年 4月 1日生

電話番号 0774-12-3456

妊婦健康診査費の助成を受けたいので、木津川市妊婦健康診査費助成要綱第5条の規定により次のとおり関係書類を添えて申請します。

交 付 申 請 額	記入しないでください	円
助成医療機関等に支払った額	記入しないでください	円
出産日若しくは 出 産 予 定 日	出産日 ・ 出産予定日	平成24年 4月 1日

添付書類

- 助成対象医療機関等が発行する領収書原本（レシート、コピー不可）
 - ※ 妊婦氏名、領収金額、領収年月日、受診日、妊婦健康診査項目、医療機関名等の記載・押印があるものに限る。
- 妊婦健康診査受診券若しくは健康診査実施内訳書
 - ※ 妊婦氏名、受診日、検査結果、医療機関名等の記載・押印があるものに限る。

〔注意事項〕

- 1 木津川市が発行する妊婦健康診査受診券を利用し、市が健康診査を委託する実施医療機関等で既に受診された場合は、助成の対象にはなりません。
- 2 交付申請額は、健康診査に要した費用の実費又は市が定める額のいずれか低い方の額となります。