

# 八代市妊婦健康診査費助成申請書

妊

※太枠内を記入の上、ご提出してください。注:申請者と口座名義人は同じにしてください。

八代市長様

下記のとおり申請します。〒

申請者 住所 八代市  
 氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
 電話番号 ( \_\_\_\_\_ )

振込口座

銀行・農協  
信金・信組・労金

本店・支店  
本所・支所

普通・当座  
貯蓄・別段

口座番号

口座名義人   
(カタカナで30字まで)

申請者の記入欄

母子健康手帳番号	4									1	号			
妊婦氏名							生年月日	昭和 平成		年		月		日
出産予定日	平成			年			日	出産済の場合は記載下さい 出産日 平成 年 月 日						

※医療機関記入欄	健診日			週数	健診結果				自己負担金	払戻し金額	上限額
	1	月	日	週	血圧	尿蛋白	尿糖	他の所見	円	円	
					血圧	尿蛋白	尿糖	他の所見	円	円	円
					血圧	尿蛋白	尿糖	他の所見	円	円	円
					血圧	尿蛋白	尿糖	他の所見	円	円	円
					血圧	尿蛋白	尿糖	他の所見	円	円	円
					血圧	尿蛋白	尿糖	他の所見	円	円	円

上記の自己負担金を領収したことを証明します。

医療機関の  
住所及び名称

(印)

- ☆ 別表(4条関係)に定める実施内容、公費負担額を上限とします。
- ☆ 妊婦定期健康診査に要した自己負担金分を払い戻します。

妊婦定期健康診査とは・・・?  
 妊娠23週まで・・・4週間に1回  
 妊娠24週～35週まで・・・2週間に1回  
 妊娠36週～39週まで・・・毎週1回

保健センター記入欄	市助成回数	
	市助成金額	円
	受付番号	

### 注意事項

- ※領収書がある場合は、医療機関記入欄の健診結果と自己負担額は空欄で構いませんが、医療機関の住所及び名称と医療機関の印は必ずもらってください。
- 申請に必要なもの：母子健康手帳、領収書等、印鑑(シャチハタ不可)、通帳(振込先)、妊婦健康診査受診票(結果が記入されたもの)。
- 出産後1年以内に申請してください。(配偶者等代理の方でも申請できます。)

受付印

☆ 提出先： 八代市保健センター (0965-32-7200)  
八代市鏡保健センター (0965-32-7622)

保健センター確認欄

□入力 □通知作成 □相手方登録30000