

大竹市妊婦健康診査等助成申請書兼請求書

年 月 日

大竹市長様

大竹市妊婦健康診査等支援事業実施要綱（平成23年大竹市告示第45号）第4条の規定により、次のとおり申請します。

ふりがな			生年月日 (和暦)	年 月 日
申請者氏名			電話番号	
郵便番号 住所	〒 大竹市			
受診状況	添付書類のとおり			
他市町村での住民登録の状況	上記期間中に大竹市以外の市町村に住民登録している期間があれば記入してください。 市町村名 ( ) 年 月 日～ 年 月 日 市町村名 ( ) 年 月 日～ 年 月 日			
健康保険の種類			出産育児一時金 受領(予定)額	円
申請額	1回当たりの助成額2,000円 × 対象受診回数 回 = 円			
振込先	金融機関名	銀行・金庫 農協・組合		本店・支店 支所・出張所
	預金種別	1.普通預金 2.当座預金	口座番号 口座名義人 (カタカナ)	

添付書類

・親子（母子）健康手帳の写し	妊婦健診・産婦健診等の記録を確認します。
・出産費用が確認できる書類	産科医療補償制度に加入している医療機関で分娩していることを確認します。
・産婦の健康保険被保険者証の写し	—
・振込先が確認できる書類	通帳、キャッシュカードなど。金融機関名、支店名、口座番号、口座名義人を確認します。

出産の日から150日以内に申請してください。

受付印