別記様式第５号（第１０条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 大竹市妊娠判定検査受診費用償還払申請書兼請求書    大竹市長　様  金　　　　　　　　　　　　　　也  　ただし、妊娠判定検査に要した費用として  (注)　助成額の上限は、10,000円です。  年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所  氏名  連絡先  　大竹市妊娠判定検査受診費用助成実施要綱第10条に基づき、上記のとおり助成金の申請を行い、交付決定されたときは、交付決定日をもって請求します。  振込先   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 金融機関名 | | 預金種別 | | 口座番号 | | 銀行  農協  信金 | 支店 | 普通・当座・その他（　　　） | |  | | カナ（必ず記入） |  | | | 口座名義人 |  | |   （同意欄）  対象者の属する世帯構成員の市町村民税課税状況について、大竹市が調査すること、大竹市と医療機関等の関係機関が情報を共有し提供する必要な支援を受けることに同意します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名（自署） |

|  |
| --- |
| 妊娠判定検査受診証明書  年　　　月　　　日  大竹市長　様  下記のとおり証明します。  所在地  医療機関名  代表者氏名  受診日　　　　　　年　　　　月　　　　日  検査項目等（実施項目に○印を記入してください。）  （ 　　）　①問診及び診察  （ 　　）　②尿検査  （ 　　）　③超音波検査（医療機関の判断により実施）  結果（診察結果を記入してください。）  妊娠（　　　週）・不明・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  妊娠判定に要した費用（上記①②③について、受診者から支払いを受けた額）  金　　　　　　　　　　　円 |