

茂原市妊婦健康診査費用助成申請書

受診者氏名		<b>茂原 花子</b> (生年月日:平成2年 1月 1日)			
出産日等		<b>令和2年4月1日</b>			
受診医療機関等名		<b>茂原産婦人科医院</b>			
回数	健診年月日	自己負担額	※助成額	※受診票使用の有無	※助成対象
1	<b>令和元年11月 1日</b>	<b>5,000円</b>	円	有・無	対象・対象外
2	<b>令和元年12月 1日</b>	<b>5,000円</b>	円	有・無	対象・対象外
3	<b>令和2年 1月 1日</b>	<b>0円</b>	円	有・無	対象・対象外
4	<b>令和2年 2月 1日</b>	<b>紛失円</b>	円	有・無	対象・対象外
5	<b>令和2年 3月 1日</b>	<b>1,500円</b>	円	有・無	対象・対象外
6	年 月 日	円	円	有・無	対象・対象外
7	<p>母子手帳を参照して、妊婦健診の受診年月日、自己負担額（保険外のみ）を記入してください。          ※自己負担が無い場合は0円、紛失等で領収書がない場合は紛失と記入してください。          ※出産後の健診や市外に住民登録があった日の健診等は対象外です。</p>	円	<p>太枠内は記入しないでください。</p>	有・無	対象・対象外
8		円		有・無	対象・対象外
9		円		有・無	対象・対象外
10		円		有・無	対象・対象外
11		円		有・無	対象・対象外
12		円		有・無	対象・対象外
13		円		有・無	対象・対象外
14		円		有・無	対象・対象外
15	円	有・無	対象・対象外		
16	年 月 日	円	円	有・無	対象・対象外
助成対象額合計			円	受診票残枚数	枚
<p>茂原市妊婦健康診査費用助成に関する要綱第4条の規定により、助成金を交付されたく、関係書類を添えて申請します。</p> <p style="text-align: right;">元号 ○年7月 1日</p> <p>(宛先) 茂原市長</p> <p style="text-align: right;">住所 <b>茂原市道表1</b>          氏名 <b>茂原 花子</b>          電話 <b>0475-23-2111</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto;"> <p>申請者は妊婦（母）となります。シャチハタ印は使用できません。</p> </div>					
振込先	金融機関	<b>茂原 銀行 茂原 支店</b>			
	種別	<b>普通・当座</b>	口座番号	<b>1234567</b>	
	(ふりがな)	<b>もばら はなこ</b>			
	口座名義人	<b>茂原 花子</b>			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto;"> <p>申請者の口座を記入してください。</p> </div>					

※太枠内は記入しないでください。

受付年月日	年 月 日	受付番号		領収書返却	要・不要
-------	-------	------	--	-------	------