

記入例

受診者氏名	一宮花子 (生年月日: 昭和63年8月1日)
出産日等	平成30年11月1日
受診医療機関等名	〇〇〇産婦人科

回数	健診年月日	自己負担額	※助成額	※受診票使用の使用	※助成対象
1	30年4月14日	5,000円	円	有・無	対象・対象外
2	30年5月12日	2,000円	円	有・無	対象・対象外
3	30年6月9日	3,000円			対象外
4	30年7月7日	0円			
5	30年8月4日	0円			
6	30年8月20日	2,000円			
7	30年9月4日	4,000円			
8	30年9月18日	0円			
9	30年10月2日	3,000円			
10	30年10月16日	2,000円			
11	30年10月30日	0円			
12	30年11月6日	2,000円			対象外
13	30年11月13日	0円	円	有・無	対象・対象外
14	30年11月20日	0円	円	有・無	対象・対象外
	年 月 日	円	円	有・無	対象・対象外
	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

◇ 受診券を使っても自己負担が生じた場合、受診日ごとに領収書を見ながら記入してください。
 ◇ 保険診療分は対象外になります。
 ◇ 自己負担が生じなかった回は、省いても結構です。
 ◇ 不明な場合は金額は未記入で、他の必要書類を添えて、保健センターに提出してください。
 ◇ 里帰りなどで県外で受診する場合は別途お問合せください。

太枠は記入しないで下さい

一宮町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。 平成30年12月18日

(宛先) 一宮町長 様

住所 一宮町一宮1-1-1
 氏名 一宮花子
 電話 000-0000-0001



振込先	金融機関	〇〇銀行	金庫	農協	支店
	種別	普通当座	口座番号	1234567	
	(ふりがな) 口座名義人	いちのみやはなこ 一宮花子			

※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		備考
-------	-------	------	--	----