|  |
| --- |
| 様式第１号（第５条関係） |
| 登別市道外医療機関妊婦健康診査費助成申請書　　 |
| 　 | 申請年月日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 登別市長　様 |
| 住所　　　　　　　　　　　　　　 |
| 申請者　　　　　　　　　　　　　　 |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 登別市道外医療機関等における妊婦健康診査助成実施要領第５条に基づき，下記のとおり申請します。 |
| 受診者 | 住　所 | 登別市　　　　　町　　　　丁目　　　　番地　　　 　（TEL　　 　 　　　） |
| 氏　名 | （　　　　　年　　　月　　　　日生） |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 受診票種類 | 受診年月日 | 健診費用額 | 助成額  ※市が記入します。 |
| 第１回 | 　　　　年　　月　　日 | 円 | 円 |
| 第２回 | 　　　　年　　月　　日 | 円 | 円 |
| 第３回 | 　　　　年　　月　　日 | 円 | 円 |
| 第４回 | 　　　　年　　月　　日 | 円 | 円 |
| 第５回 | 　　　　年　　月　　日 | 円 | 円 |
| 第６回 | 　　　　年　　月　　日 | 円 | 円 |
| 第７回 | 　　　　年　　月　　日 | 円 | 円 |
| 第８回 | 　　　　年　　月　　日 | 円 | 円 |
| 第９回 | 　　　　年　　月　　日 | 円 | 円 |
| 第１０回 | 　　　　年　　月　　日 | 円 | 円 |
| 第１１回 | 　　　　年　　月　　日 | 円 | 円 |
| 第１２回 | 　　　　年　　月　　日 | 円 | 円 |
| 第１３回 | 　　　　年　　月　　日 | 円 | 円 |
| 第１４回 | 　　　　年　　月　　日 | 円 | 円 |
| 超音波第１回 | 　　　　年　　月　　日 | 円 | 円 |
| 超音波第２回 | 　　　　年　　月　　日 | 円 | 円 |
| 超音波第３回 | 　　　　年　　月　　日 | 円 | 円 |
| 超音波第４回 | 　　　　年　　月　　日 | 円 | 円 |
| 合計 | 円 | 円 |
| 受診医療機関 | 住所 | 　 |
| 名称 |
| 添付書類 |
| ①申請する回の妊婦一般健康診査受診票及び超音波検査受診票 |
| ②領収書及び明細書 |