様式第2号（第8条関係）

産婦健康診査費用償還払申請書兼請求書

申 請 日　　年　　月　　日

豊見城市長 殿

申請者氏名　　印

住　　所

電 話 番 号

受診者	フリガナ 産婦氏名		生年月日	
	住　所			
	母子（親子） 健康手帳番号			
受診医療 機関等	医療機関等名			
	所 在 地	都 道 府 県　　市 町 村		

産婦健康診査費用償還払申請内容

受診月日	受診時 出産後週数	受診票の種類	産婦健診 自己負担額 A	助成限度額 B	申請額（円） AとBの内少ない額
		1回目		5,000	
		2回目		5,000	
合　計					

振込先	金融機関名	銀行・農協・金庫		本店・支店
	預金の種類	普通 ・ 当座	フリガナ 口座名義	
	口座番号			

≪添付書類≫

□　医療機関・助産所が発行した産婦健康診査の領収書
□　健診結果の記入及び医療機関・助産所の押印のある産婦健康診査受診票（兼結果通知書）
□　振り込み先口座の確認ができるもの（通帳の写し等）

※注　産婦健康診査費用支給の対象者は、受診日当日に豊見城市に住民登録がある方に限ります。

※注　未実施の検査項目がある場合は助成の対象とはなりません。

※注　産婦健康診査受診票の項目以外の検査等に係る費用は助成の対象とはなりません。

※注　振込先は、本人名義の口座となります。受診者と振り込み名義人が同一でない場合は、委任状が必要となります。