

富山市多胎妊娠の妊婦健康診査費助成申請書

(宛先) 富山市長

申請者氏名 _____

次のとおり、多胎妊娠により妊婦健康診査を通常の 14 回を超えて受診しましたので、関係書類を添えて、富山市多胎妊娠の妊婦健康診査費助成を申請します。また、次の事項について同意します。

- (1) 本申請書及び添付資料に含まれる個人情報について、市が助成金交付の可否に係る確認にのみ利用すること
- (2) 医療機関等が、申請者の申請状況や検査内容等の情報を市に提供すること
- (3) 検査内容や費用について、支払いに必要な情報について市が医療機関等へ照会すること

1 氏名・住所等 (申請者記入)

ふりがな		生年月日	年	月	日
氏名 (妊産婦)					
住所	〒 -				
電話番号	()				

2 妊婦健康診査受診日 (通常の 14 回を超えた健康診査分)

★ 申請者は、太枠内をご記入ください。(※印は市で記入します)

回	受診年月日	健診支払額※	助成決定額※	助成決定額合計※
1 (15 回目)	年 月 日	円	円	円
2 (16 回目)	年 月 日	円	円	
3 (17 回目)	年 月 日	円	円	
4 (18 回目)	年 月 日	円	円	
5 (19 回目)	年 月 日	円	円	

申請確認印	申請受理印

※ 市担当者記入欄

回	1	2	3	4	5
領収書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
明細書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
母子健康手帳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
医療機関への照会	<input type="checkbox"/> 同意を得ました。				