

富山市妊婦一般・産婦健康診査助成申請書

令和 年 月 日

(宛先)
富山市長

申請者(健診受診者)

〒

住所

氏名

印

(本人が自署もしくは記名押印)

電話 () -

携帯 () -

つぎのとおり県外医療機関等で受診しましたので、関係書類を添えて、富山市妊婦一般・産婦健康診査費の助成申請をします。

なお、本申請に係る審査のため、住民登録情報の閲覧について承諾します。

太枠の中をご記入ください。

Table with 4 columns: 助成対象健診, 健診受診日, ※健診支払額, ※助成決定額. Rows 1-8 for general health checkups.

Table with 4 columns: 助成対象健診, 健診受診日, ※健診支払額, ※助成決定額. Rows 9-14 for general health checkups, and rows for prenatal health checkups.

Summary row for 助成決定額合計 (Total subsidy amount) in Yen.

(注) 健診支払額は、実際に健診に要した費用の額とする。

※は市で記入します。

Table for confirmation of payment and receipt, including columns for return date (1-14 weeks) and prenatal checkups (2 weeks, 1 month).

Large empty boxes for 申請確認印 (Application Confirmation Seal) and 申請受印理 (Application Receipt Seal).