

県外における妊婦乳児一般健康診査または新生児聴覚スクリーニング検査  
費用助成申請書兼請求書

年 月 日

鯖江市長 殿

〒

申請者 住 所 鯖江市

氏名 (妊婦)

乳児氏名

( 年 月 日生)

TEL -

県外における妊婦健康診査または乳児健康診査受診費用助成金交付要綱第6条により、必要書類を添えて、次のとおり健診または検査費用の助成額を申請（請求）します。

なお、この申請に基づく助成の決定にあたり確認等が必要な場合には、市が住民基本台帳を閲覧し、受診した医療機関等に問い合わせることに同意します。

金 円也

請求明細一覧 ※健診に要した費用が対象であり、治療等医療保険適用分は対象には含まれません。

受診日	医療機関名	費用	健診種別	助成の額
. .		円	一般・血液・子宮・HTLV1・クラミジア	円
			聴覚・1・4・9-10	
. .		円	一般・血液・子宮・HTLV1・クラミジア	円
			聴覚・1・4・9-10	
. .		円	一般・血液・子宮・HTLV1・クラミジア	円
			聴覚・1・4・9-10	
. .		円	一般・血液・子宮・HTLV1・クラミジア	円
			聴覚・1・4・9-10	
. .		円	一般・血液・子宮・HTLV1・クラミジア	円
			聴覚・1・4・9-10	
. .		円	一般・血液・子宮・HTLV1・クラミジア	円
			聴覚・1・4・9-10	
合 計		円		円

振込先 ※振込先が申請者と異なる場合は委任状が必要です。

ふりがな			
口座名義人			
金融機関名		支店名	
預金種別	普通・当座	口座番号	