

様式第3号（第8条関係）

妊婦健康診査費用助成申請書

年 月 日

熱海市長 あて

住 所  
申請者 氏 名  
電話番号

妊婦健康診査を受ける際に要した費用の助成を受けたいので、熱海市妊婦健康診査の実施及び費用の助成に関する要綱第8条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

妊婦健診を受けた病院、診療所又は助産所	所在地					
	名称					
	電話番号					
母子健康手帳の番号	NO.	出産日等	年 月 日			
助成の申請額		円	単胎・多胎の別		単胎・多胎	
受診日	週数	病院、診療所又は助産所に支払った額	健診番号	超音波番号	血液検査番号	補助
年月日	週	円				
年月日	週	円				
年月日	週	円				
年月日	週	円				
年月日	週	円				
年月日	週	円				
年月日	週	円				
年月日	週	円				
年月日	週	円				
年月日	週	円				
年月日	週	円				
年月日	週	円				
年月日	週	円				
年月日	週	円				
年月日	週	円				
年月日	週	円				
年月日	週	円				

備考 太枠内は、記入しないでください。

様式第4号（第10条関係）

妊婦健康診査費用助成請求書

年 月 日

熱海市長 あて

住 所  
請求者 氏 名  
電話番号

妊婦健康診査費用の助成として、次のとおり請求します。

金 円也

振込先金融機関名	銀行 農協 金庫			支店
口座の種類	普通・当座	口座番号		
ふりがな				
口座名義人				

口座名義人が請求者でない場合は、下記に記入してください。

妊婦健康診査費用助成の受領を	
住所	氏名
に委任します。	
年 月 日	
委任者	
住所	氏名 印