

取手市妊婦健康診査等償還払申請書兼請求書

年 月 日

取手市長 殿

申請者・請求者氏名 _____

〒

住所 _____

(受診者との関係 ① _____ ② _____)

電話番号 _____

妊婦健康診査, 産婦健康診査, 1 か月児健康診査及び新生児聴覚検査における償還払について, 取手市妊産婦健康診査, 乳児健康診査等実施要綱第10条第2項の規定により, 下記のとおり申請し, 及び請求します。

① 妊 産 婦 健康診査受診者	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	(フリガナ) -----		
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	取手市		
	生年月日	年 月 日			
	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
添付する受診票	妊 婦			多胎妊婦のみ	産 婦
	<input type="checkbox"/> 第1回	<input type="checkbox"/> 第6回	<input type="checkbox"/> 第11回	<input type="checkbox"/> 第17回	<input type="checkbox"/> 第1回
	<input type="checkbox"/> 第2回	<input type="checkbox"/> 第7回	<input type="checkbox"/> 第12回	<input type="checkbox"/> 第18回	<input type="checkbox"/> 第2回
	<input type="checkbox"/> 第3回	<input type="checkbox"/> 第8回	<input type="checkbox"/> 第13回	<input type="checkbox"/> 第19回	
	<input type="checkbox"/> 第4回	<input type="checkbox"/> 第9回	<input type="checkbox"/> 第14回		
	<input type="checkbox"/> 第5回	<input type="checkbox"/> 第10回	<input type="checkbox"/> 第15回 <input type="checkbox"/> 第16回		
①小計					円

② 1 か月児健康診査 新生児聴覚検査 受 診 者	氏 名	(フリガナ) -----			
	生年月日	年 月 日			
添付する受診票	<input type="checkbox"/> 1 か月児健康診査	新生児聴覚検査	<input type="checkbox"/> 初回検査	<input type="checkbox"/> 確認検査	
②小計					円

合計請求金額 (①+②)		円
-----------------	--	---

振込先	金融機関名	銀行・金庫 組合・農協	本店・支店 出張所	普通・当座
	口座番号		(フリガナ) ----- 口座名義人	

※添付する受診票については、該当するところに☑してください。

※記入された個人情報については、この目的以外には使用しません。

※提出後の振込先口座の変更はできかねます。

市記入欄	日付		受付担当者	
------	----	--	-------	--

記載例

取手市妊婦健康診査等償還払申請書兼請求書

~~年 月 日~~

取手市長 殿

申請者・請求者氏名 取手 花子
〒 302-0024
住所 取手市新町 2-5-25 取手ウェルネスプラザ 2階
(受診者との関係 ① 本人 ② 母)
電話番号 0297-〇〇-△△△△

妊婦健康診査, 産婦健康診査, 1 か月児健康診査及び新生児聴覚検査における償還払について, 取手市妊産婦健康診査, 乳児健康診査等実施要綱第10条第2項の規定により, 下記のとおり申請し, 及び請求します。

① 妊 産 婦 健康診査受診者	氏 名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	(フリガナ)		
	住 所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	取手市		
	生年月日	平成〇〇年 〇月 〇〇日			
	電話番号	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ			
添付する受診票	妊 婦			多胎妊婦のみ	産 婦
	<input type="checkbox"/> 第1回	<input type="checkbox"/> 第6回	<input type="checkbox"/> 第11回	<input type="checkbox"/> 第17回	<input type="checkbox"/> 第1回
	<input type="checkbox"/> 第2回	<input type="checkbox"/> 第7回	<input type="checkbox"/> 第12回	<input type="checkbox"/> 第18回	<input type="checkbox"/> 第2回
	<input type="checkbox"/> 第3回	<input type="checkbox"/> 第8回	<input type="checkbox"/> 第13回	<input type="checkbox"/> 第19回	
	<input type="checkbox"/> 第4回	<input type="checkbox"/> 第9回	<input type="checkbox"/> 第14回		
	<input type="checkbox"/> 第5回	<input type="checkbox"/> 第10回	<input type="checkbox"/> 第15回		
			<input type="checkbox"/> 第16回		
①小計	XXXXXXXXXX				

受診票の回数の□には保健センターで記載しますので、は付けないでください。

② 1 か月児健康診査 新生児聴覚検査 受 診 者	氏 名	(フリガナ) <u>トリデ タロウ</u>	取手 太郎		
	生年月日	令和〇年 〇月 〇〇日			
添付する受診票	<input type="checkbox"/> 1 か月児健康診査	<input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査	<input type="checkbox"/> 初回検査	<input type="checkbox"/> 確認検査	
②小計	XXXXXXXXXX				円

当てはまる受診票に、をお願いします。

合計請求金額 (①+②)	XXXXXXXXXX				円
-----------------	-----------------------	--	--	--	---

①小計、②小計、合計請求額 (①+②) には、保健センターで確認後記載しますので未記入でお願いします。

振込先	金融機関名	〇〇 銀行 金庫 組合・農協	〇〇 本店・ 支店 出張所	普通 ・当座
	口座番号	1 2 3 4 5 6 7 8	(フリガナ) トリデ ハナコ ----- 口座名義人 取手 花子	

※添付する受診票については、該当するところに☑してください。

※記入された個人情報については、この目的以外には使用しません。

※提出後の振込先口座の変更はできかねます。

市記入欄	日付		受付担当者	
------	----	--	-------	--