

会津坂下町妊娠検査受診料助成申請書

会津坂下町長

年 月 日

関係書類を添えて下記のとおり、妊娠検査にかかる医療費の助成を申請します。  
 また、会津坂下町が本申請の審査に関して世帯の課税状況を確認することや関係機関への照会や情報提供を行うことに同意します。

申請者	ふりがな						
	氏名						
	生年月日	昭和・平成	年	月	日	( 歳)	
	現住所	〒	—	(電話	—	—	)
申請額		金	円 (助成上限額：1回につき10,000円)				
受診結果①		受診結果②			受診結果③		
受診日 年 月 日		受診日 年 月 日			受診日 年 月 日		
■検査項目等(実施項目に○) ( ) 問診及び診察 ( ) 尿検査 ( ) 超音波検査 ■結果(診断結果を記入) 妊娠( 週) 不明 その他( ) ■検査に要した費用 金 円 ※上限10,000円		■検査項目等(実施項目に○) ( ) 問診及び診察 ( ) 尿検査 ( ) 超音波検査 ■結果(診断結果を記入) 妊娠( 週) 不明 その他( ) ■検査に要した費用 金 円 ※上限10,000円			■検査項目等(実施項目に○) ( ) 問診及び診察 ( ) 尿検査 ( ) 超音波検査 ■結果(診断結果を記入) 妊娠( 週) 不明 その他( ) ■検査に要した費用 金 円 ※上限10,000円		

振込先	金融機関名 ※申請者の口座を記入	銀行・金庫 組合・農協				本店 支店
	預金種別	普通・当座	フリガナ			
	口座番号					(右詰め記入)

事務局記入欄

要件確認	<input type="checkbox"/> 世帯非課税	<input type="checkbox"/> 住所	<input type="checkbox"/> R5.4/1以降の検査
審査結果	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	助成対象額 円	支給決定額 円
		承認・不承認決定年月日 令和 年 月 日	