

様式 1（おもて）

札幌市妊婦一般健康診査等助成費支給(償還)申請書

ふりがな 妊産婦氏名			生年月日	年 月 日生								
住 所	〒 札幌市 区											
送付先住所	〒		転入年月日	年 月 日								
			転出年月日	年 月 日								
分娩予定日	年 月 日		母子健康手帳の交付日	年 月 日								
受診した 医療機関・ 助産所	名 称											
	所在地											
償 還 申 請 す る 内 容	<input type="checkbox"/> 妊婦一般健康診査 <input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査 <input type="checkbox"/> 産婦健康診査 ※償還の申請には対応する領収書の添付が必要です。											
振 込 先 金 融 機 関	(カ ナ) 銀行 本店 口座名義人 信金 支店 預金種目 普通 ・ 当座 口座番号 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
※申請者氏名と口座名義人(受領者)が異なる場合は、受領者への委任(委任状)が必要です。												
別紙関係書類を添えて上記のとおり妊婦一般健康診査等助成費の支給を申請します。 (※申請者は妊産婦本人となります。) 年 月 日 申請者住所 上記住所と同じ 申請者氏名 電 話 番 号 () (あて先) 札幌市長												
支給額の決定のための受診医療機関への照会について同意します。 氏名												

委 任 状	
妊婦一般健康診査等助成費の受領を下記の者に委任します。	
(受任者：口座名義人) 住 所	
氏 名	㊞
年 月 日	
(委任者：妊産婦本人) 申請者住所	
申請者氏名	㊞
(あて先) 札幌市長	

様式1（うら）

※以下保健センター記載欄

○妊婦一般健康診査

	診察月日	未使用の受診票	領収書	備考
妊婦一般健康診査①	月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
妊婦一般健康診査②	月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
妊婦一般健康診査③	月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
妊婦一般健康診査④	月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
妊婦一般健康診査⑤	月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
妊婦一般健康診査⑥	月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
妊婦一般健康診査⑦	月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
妊婦一般健康診査⑧	月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
妊婦一般健康診査⑨	月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
妊婦一般健康診査⑩	月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
妊婦一般健康診査⑪	月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
妊婦一般健康診査⑫	月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
妊婦一般健康診査⑬	月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
妊婦一般健康診査⑭	月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

○超音波検査

超音波検査受診票残数	枚
------------	---

○新生児聴覚検査

	検査月日	未使用の受診票	領収書	備考
新生児聴覚検査	月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

○産婦健康診査

		未使用の受診票	領収書	備考
産婦健康診査		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
産婦健康診査		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

※健診月日、検査月日は母子手帳にも記載があることを確認し、償還申請するものについてすべて記載すること。また、償還対象とならないものについては日付の記載は行わないこと。

※妊婦一般健康診査の健診月日については全14回のうち何回目受診票に対応するか確認し、該当する行に日付を記載すること。

※未使用の受診票及び領収書については申請する健診に対応するものが添付されているか確認し適切に提出がなされているものについてレ点チェックを行うこと。いずれかの提出がないものについては償還対象とならないためその旨申請者へ説明を行うこと。