

長崎市初回産科健康診査自己負担健診費交付申請書

令和 年 月 日

(あて先) 長崎市 長

申請者 住所 _____

氏名 _____
受診者との続柄 ()

長崎市妊産婦及び乳幼児健康診査実施要綱第10条の規定により、関係書類を添えて申請します。

ふりがな		生 年 月 日
受診者氏名		昭和・平成 年 月 日 (歳)
住所	<input type="checkbox"/> 同上(申請者と同一の場合)	
電話番号		
妊娠について	<input type="checkbox"/> 市販の妊娠検査薬で陽性を確認した (検査日 令和 年 月 日)	
経済状況	<input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> その他 ()	
受診した産科医療機関		
申請額	円(上限10,000円)	
審査のため、世帯全員の課税及び住民基本台帳を閲覧すること及び長崎市が必要な支援を提供するため医療機関等へ受診内容や家庭の状況等を共有することについて同意します。		

振込先

金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	預金種別	普通・当座
フリガナ				
<input type="checkbox"/> 座名義人	<input type="checkbox"/> 座番号			

*本申請が承認された場合は、上記口座(申請者名義)に振り込んでください。なお、申請者と受診者が異なる場合は、申請に係る委任状または関係を証明する書類を添付してください。

- * (添付書類) 領収書(原本又は写し)・世帯調書(第9号様式)
- * (注) 受診した日から起算して1年内に申請ください。