北見市妊産婦一般健康診査費用助成申請書

＜申請者＞

|  |
| --- |
| 北見市長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請日）　　　　　　年　　月　　日北海道外で受診した妊婦一般健康診査、超音波検査、産婦健康診査に要した費用助成を申請します。なお、申請内容の確認に当たり、北見市が住民基本台帳を閲覧すること及び確認等が必要な場合は実施医療機関等　に問い合わせることに同意します。 |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 | 署名 | 個人番号 |  －　この手続きでは個人番号の記入は不要です　－ |
| 日中連絡先 | 　　　　　　　　　－ 　　 　　　　－ |
| 住所 | （建物名等） | 市処理欄 |  |
|  |

＜対象者＞（健康診査を受けた方）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 |  | 旧姓 | 母子手帳交付後に姓が変わった場合（　　　　　　　　　　　） |
| 住所 | □申請者と同じ | 母子手帳番号 |  |
| 実施した健康診査の種類 | 実施内容 | 助成を受ける健診回数　（利用できる週数の設定による） |
| 妊婦一般健康診査 | 1回目・ 2回目・ 3回目・ 4回目・ 5回目・ 6回目・ 7回目8回目・ 9回目・ 10回目・ 11回目・ 12回目・ 13回目・ 14回目 |
| 超音波検査 | 1回目・ 2回目・ 3回目・ 4回目・ 5回目・ 6回目 |
| 産婦健康診査 | 1回目・ 2回目 |

＜受取口座＞　　※原則として申請者の口座を指定してください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 口座名義人 | カナ |  |  |
| 郵便局の通帳に振込 | 通帳の記号 | 通帳の番号 |
| １ |  |  |  | ０ | ― |  |  |  |  |  |  |  | １ |  |
| 　銀行口座に振込 | 口座番号 |
| 銀行・信金・労金　　　　　　　　本店信組・農協・漁協　　　　　　　　支店 | □ 普通□ 当座 |  |  |  |  |  |  |  | 市処理欄－ |

北見市使用欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 本人確認 | 来庁者 | 確認事項 | 決　　定 |
| ①番・免・パ・手帳他（　　　　　　）②証・年金・児童バス・社員・学生他（　　　　　　）③ヒア | □本人□代理人代理権確認手段（　　　　　　） | □住民登録□助成額積算表□領収書（写）□母子健康手帳（写）□妊婦健診受診票（未使用のもの）□産婦健診受診票　　（結果記入のもの）□他（　　　　　　　　　） | □申請を認め、助成金を交付する（　　　　　　　　　　　円）□下記理由により申請を却下する理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 受付 | 入力 | 審査 |  |