

佐伯市長 様

申請・請求者	住所	〒 _____ (電話番号 _____)
	フリガナ	
	氏名	_____ 印

委託外医療機関等における受診に要した費用の助成を受けたいので、佐伯市妊婦健康診査費助成事業実施要綱第7条の規定に基づき、次のとおり申請及び請求します。

助成対象者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	
	母子手帳番号	
振込先	金融機関名	_____ 支店
	口座番号	普通・当座・( _____ )
	フリガナ	
	名義人	

受 診 機 関 証 明 欄	
受診日	年 月 日
診査項目 (実施した種類の□にレ印をしてください。)	<input type="checkbox"/> No.1 1. 問診及び診察 2. HBs抗原検査 3. 血色素検査 4. 梅毒血清検査 5. 尿検査 6. 血圧測定 7. 体重測定
	<input type="checkbox"/> No.8 1. 問診及び診察 2. 血色素検査 3. 尿検査 4. 血圧測定 5. 体重測定
	<input type="checkbox"/> No.2からNo.7まで及び No.9からNo.14まで 1. 問診及び診察 2. 尿検査 3. 血圧測定 4. 体重測定
	<input type="checkbox"/> A 1. 血液型 2. 血糖 3. 風疹抗体価 4. 不規則抗体 5. HCV抗体 6. HTLV-1抗体 7. HIV1, 2抗体 8. クラミジア抗原検査
	<input type="checkbox"/> B 子宮膣部細胞診
	<input type="checkbox"/> C B群溶血性レンサ球菌
診査費用 (受診者負担額)	_____ 円 ※レ印を付した診査項目に要した費用のみ記入してください。
上記のことについて証明します。 年 月 日 受診機関名・所在地 代表者氏名 _____ 印	

(注意事項) 1 この申請書兼請求書は、1回の健康診査ごとに作成してください。

2 振込先口座の名義人が助成対象者と異なる場合は、助成対象者からの委任状が必要となります。