様式第2号（第8条関係）

年　　月　　日

身延町長　　　　　　　　様

（申請者）

住　所

氏　名　　　　　　　　　　㊞

妊婦一般健康診査(基本健診)費助成請求書

次のとおり請求します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【　　　回目　：　　　週】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 妊婦  氏名 | |  | | 年　　月　　日生  （　　　　　　歳） | | | 分娩予定日  年　　月　　日 | | |
| 住　所 | | TEL | | | | 母子健康手帳No. | | |  |
| 支払金融機関 | 金融機関名 | | 本店　・　支店 | | 口座番号 | | | 普通・当座（　　　　　　　　　　） | |
| (フリガナ) | |  | | | | | | |
| 口座名義 | |  | | | | | | |
| 助成申請額  （助成限度額6,000円） | | | □　６，０００円　（6,000円を超えた分の金額は自己負担）  　　□　　　　　　円　（限度額に満たない場合に記入） | | | | | | |

◇医療機関等記入欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診年月日 | | 年　　　月　　　日 | 妊娠週数 | （　　　　　　　　）　週 |
| 健診項目 | | ・健康状態の把握（妊娠週数に応じた問診、診察等）  ・検査計測  ・保健指導  ・超音波検査 | | |
| 所  見 | 該当する番号に○をつけてください。  また、2～5については、該当するものに○又は記入願います。   |  |  | | --- | --- | | 1　異常なし | | | 2　要指導（経過観察も含む）  3　要精密検査 | 高血圧・浮腫・尿糖・蛋白尿  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | 4　治療中　病名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  5　その他　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |   上記のとおり証明します。  医療機関名  担当医師又は助産師　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | |

※助成限度額は6,000円です。6,000円を超えた分の金額は自己負担になります。

※「領収書（原本）」と「診療明細書」を添付して申請してください。