様式第3号の5（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(追加検査⑤B群溶結性レンサ球菌検査)費助成請求書

次のとおり請求します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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1,750円） | | | □　１，７５０　円　（1,750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 |
| 検査項目 | | **B型溶血性レンサ球菌検査** | | |
| 所  見 | 該当する番号に〇をつけてください。また、4～5については記入願います。  １　異常なし  ２　要指導（経過観察も含む）  ３　要精密検査  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  担当医師または助産師　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | |

※「領収書（原本）」と「診療明細書」を添付してください。