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。