

様式第2号の2(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①)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
	(フリガナ)		
	口座名義		
助成申請額 (助成限度額 8,000 円)	<input type="checkbox"/> 8,000 円 (8,000 円を超えた分の金額は自己負担) <input type="checkbox"/> _____ 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	・血液等の検査・B型肝炎抗原検査・C型肝炎抗体検査・HIV抗体検査・梅毒血清反応検査 ・風疹ウイルス抗体検査・HTLV-1抗体検査・子宮頸がん検診(細胞診)		
所見	該当するものに○若しくは記入願います		
	すべて異常なし		
	血液等	異常なし	要指導(経過観察も含む) 要精密検査
	B型肝炎抗原	異常なし	要指導(経過観察も含む) 要精密検査
	C型肝炎抗体	異常なし	要指導(経過観察も含む) 要精密検査
	HIV抗体	異常なし	要指導(経過観察も含む) 要精密検査
	梅毒血清反応	異常なし	要指導(経過観察も含む) 要精密検査
	風しんウイルス抗体	異常なし	要指導(経過観察も含む) 要精密検査
	子宮頸がん(細胞診)	異常なし	要指導(経過観察も含む) 要精密検査
	HTLV-1抗体	異常なし	要指導(経過観察も含む) 要精密検査
治療中 病名 ()			
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			㊞

※「領収書(原本)」と「診療明細書」を添付してください。

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②)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
	(フリガナ)		
	口座名義		
助成申請額 (助成限度額 1,000 円)		<input type="checkbox"/> 1,000 円 (1,000 円を超えた分の金額は自己負担) <input type="checkbox"/> _____ 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	性器クラミジア検査		
所見	該当する番号に○をつけてください。また、4については記入願います。		
	1 異常なし		
	2 治療中		
	3 経過観察		
4 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			㊞

※「領収書(原本)」と「診療明細書」を添付してください。

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③)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
	(フリガナ)		
	口座名義		
助成申請額 (助成限度額 1,000 円)	<input type="checkbox"/> 1,000 円 (1,000 円を超えた分の金額は自己負担) <input type="checkbox"/> _____ 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	血糖検査		
所見	該当する番号に○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。

年 月 日

身延町長 様

(申請者)

住所

氏名

印

妊婦一般健康診査(追加検査④)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
	(フリガナ)		
	口座名義		
助成申請額 (助成限度額 1,000 円)	<input type="checkbox"/> 1,000 円 (1,000 円を超えた分の金額は自己負担) <input type="checkbox"/> _____ 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	血算検査		
所見	該当する番号に○をつけてください。また、4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)	} 貧血 その他()	
	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			

印

※「領収書(原本)」と「診療明細書」を添付してください。

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⑤)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 ()
	(フリガナ)			
	口座名義			
助成申請額 (助成限度額 1,750 円)		<input type="checkbox"/> 1,750 円 (1,750 円を超えた分の金額は自己負担) <input type="checkbox"/> _____ 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○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。

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㊞)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 ()
	(フリガナ)			
	口座名義			
助成申請額 (助成限度額 1,000 円)		<input type="checkbox"/> 1,000 円 (1,000 円を超えた分の金額は自己負担) <input type="checkbox"/> _____ 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	血算検査		
所見	該当する番号に○をつけてください。また、4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)	} 貧血 その他()	
	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。