

第1号様式（第4条関係）

屋久島町多胎妊婦の妊婦健康診査受診費償還払い申請書兼請求書

年 月 日

屋久島町長 殿

屋久島町多胎妊婦の妊婦健康診査支援事業実施要綱第4条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり妊婦健康診査の受診費に係る償還払いを申請します。支給額は、下記の口座に振り込んでください。

(太枠内を記入)

申請者 (受診者)	フリガナ				生年月日
	氏名				昭和 平成 年 月 日
	住所	〒 一 熊毛郡屋久島町 (TEL: 自宅 ・ 携帯)			
助成 申請 内容	受診日	(A) 申請額	(B) 基準額	助成額 (A)又は(B)いずれか少ない額	
	① 年 月 日	円	5,000円	円	
	② 年 月 日	円	5,000円	円	
	③ 年 月 日	円	5,000円	円	
	④ 年 月 日	円	5,000円	円	
	⑤ 年 月 日	円	5,000円	円	
			助成額合計	円	
振込先	金融機関名	本・支店名	種別	口座番号	口座名義人
	銀行 金庫 農協	本店 支店 本所	普通 当座		フリガナ 漢字
	領収書の返却		希望する ・ 希望しない		

《個人情報の取り扱いについて》本申請書兼請求書に記入された個人情報については、この目的以外には使用いたしません。

【同意書】

本申請にあたり、町が申請に必要な健診費用について、医療機関へ情報収集することに同意します。

《氏名》

○申請上の注意

- * この申請書は、屋久島町に住民票を有する多胎児を妊娠している者で、通常14回の妊婦健康診査の支援を超える妊婦健康診査を受診された方が受診費の払戻しを受けるための書類です。
- * 申請者は、医療機関発行の領収書、明細書、母子健康手帳の写し、振込先の通帳の写しを添付してください。
- * 海外で実施した健康診査、健康保険適用の診療、基本的な妊婦健康診査を実施していない診療、文書料等に要する費用は対象となりません。
- * 代理の方が申請をする場合、振込先口座名義人が本人と異なる場合は、委任状も合わせて提出してください。
- * 申請期限は、出産日から起算して1年以内です。