

(様式第1号)

嘉麻市産婦健康診査費用負担金交付申請書

産婦健康診査受診者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	
健康診査を受けた医療機関名 (又は助産院名)		
受診回数・受診日	1回目 令和 年 月 日	
	2回目 令和 年 月 日	
公費負担ができなかった理由		
	(例：里帰り出産のため県外医療機関で受診等)	
受診費用	自己負担した費用	業務委託契約単価
	_____円 ※_____円	_____円 ※_____円
	※ 産婦健康診査業務委託契約書 (委託医療機関との契約) の単価と自己負担した費用のどちらか低い金額を支給額とする。 ※自己負担の費用は、嘉麻市実施の検査項目により負担した費用とする。	
支給額合計	_____円	
産婦健診結果票及び領収書を添付のうえ上記のとおり申請します。		
年 月 日		
嘉麻市長 殿		
住 所 : _____		
氏 名 : _____		
電 話 : _____		