

里帰り先の医療機関を受診する
1か月前頃までに提出するもの。

様式第2号(第8条関係)

記入例

健康診査受診申請書

申請年月日 年 月 日

嬉野市長 様

自署の場合は
印鑑不要!!

申請者 住所 嬉野市〇〇町大字〇〇 △△△番地
氏名 健康 良子 印
個人番号 記入不要
電話番号 (0954)〇〇-△△△△

嬉野市妊婦及び乳幼児健康診査実施要綱第8条の規定により、委託外医療機関等で、(妊婦・乳児)健康診査を受診したいので申請します。

1 受診者

(1) 氏名 (妊婦健診の場合は「妊婦の氏名」、乳児検診の場合は「乳児の氏名」)

(2) 生年月日 昭和 平成 〇〇年 〇月 〇〇日生

(3) 住所(住民票に記載されている住所)

嬉野市〇〇町大字〇〇 △△△番地
電話番号(0954)〇〇-△△△△

(4) 居住地(受診時に居住する住所)

〇〇県〇〇市〇〇町〇〇 △△△番地
電話番号(〇〇〇〇)△△-××××

(5) 出産予定日 年 月 日 …… ※妊婦の場合のみ記入

2 受診予定委託外医療機関等名 〇〇病院

所在地 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇 △△△番地
電話番号(〇〇〇〇)△△-××××

3 理由(委託医療機関で受診できない理由)

【例】里帰りのため、里帰り出産のため

健診受診後に提出するもの。

記入例

様式第4号（第9条関係）

健康診査補助金交付申請書

年 月 日

嬉野市長 様

申請者 住 所 **嬉野市〇〇町大字
〇〇 △△△△番地**

自署の場合は
印鑑不要！！

受診者が乳児の
場合は記入。

氏 名 **健康 良子** (印)

個人番号 **記入不要**

電話番号 **(0954) 〇〇-△△△△**

受診者名 (受診者との関係)

※受診者が申請者と同一の場合は記入不用

下記の委託外医療機関等において（妊婦・乳児）健康診査を受診したので、嬉野市妊婦及び乳幼児健康診査実施要綱第9条第3項の規定により、必要書類を添えて申請します。

記

補助金申請額 円

補助金申請額は、佐賀県が県医師会と委託契約した健康診査の単価と、受診された委託外医療機関等に支払った額を比較して、いずれか少ない方の額とします。

委託外医療機関等に支払った額 円

実施した委託外医療機関等名

住所 **〇〇県〇〇市〇〇 △△△番地**

医療機関又は助産所名 **〇〇病院**

及び医師又は助産師名 **田中 〇郎**

添付書類

- ・健康診査受診票（担当医師等の記名押印があるもの）
- ・領収書の原本（医療機関が発行した明細がわかるもの）

健診受診後に提出するもの。

記入例

様式第6号（第9条関係）

年 月 日

嬉野市長 様

申請者 住 所 **嬉野市〇〇町大字〇〇
△△△△番地**
氏 名 **健康 良子** ⑩
電話番号 **(0954) 〇〇-△△△△**

受診者が乳児の
場合は記入。

受診者名 (受診者との関係)

※受診者が申請者と同一の場合は記入不用

健康診査補助金交付請求書

下記のとおり請求します。

記

補助金請求額 円

振込先

金融機関名	〇 〇 (銀行・金庫・組合)
	△ △ (支店・支所)
種 類	普通・当座 ←どちらかに〇
口座番号	〇〇〇△△××
フリガナ 口座名義	健康 良子

※ 振込先の通帳のコピーを添付してください。

※注意※
申請者とは別の通帳であれば、「委任状」にも記入。

請求者とは別の口座に振り込み
の場合にのみ添付する。

記入例

(参考様式)

委 任 状

年 月 日

嬉野市長 様

債権者(委任者)

住 所 嬉野市〇〇町大字〇〇

△△△番地

氏 名 健 康 良 子 ⑩

健康診査補助金の受領の権限について下記の者へ委任します。

記

(受任者)

住所 嬉野市〇〇町大字〇〇 △△△番地

氏名 健 康 大 一

振込先	〇 〇 銀行 〇 〇 支店	口座番号	〇〇△△△□□
口座名義人 (カタカナで)	ケンコウ ダイイチ		

※同じ法人であっても請求者と振込先の口座名義人が異なる場合(同一人物であっても役職名等が異なる場合も含む)は、委任状が必要です。

※住所・氏名は、請求書と同じ住所・氏名を記入してください。

※債権者(委任者)の印は、請求書と同じ印を押印してください。