

妊産婦健康診査費支給申請書

豊浦町長 様

住 所 _____

申請者氏名 _____

電話番号 _____

下記の妊産婦健康診査を受診しましたので、費用の支給を受けたく、関係書類（領収書及び母子保健手帳）を添えて申請します。

実施時期		(A) 妊婦一般健康診査		(B) 超音波検査		支給額 ((a)の低い額+ (b)の低い額)
		(a) 自己負担額	(b) 上限額	(a) 自己負担額	(b) 上限額	
1回目	8週前後	円	円	円	円	円
2回目	12週前後	円	円	円	円	円
3回目	16週前後	円	円			円
4回目	20週前後	円	円	円	円	円
5回目	24週前後	円	円	円	円	円
6回目	26週前後	円	円	円	円	円
7回目	28週前後	円	円			円
8回目	30週前後	円	円	円	円	円
9回目	32週前後	円	円			円
10回目	34週前後	円	円	円	円	円
11回目	36週前後	円	円	円	円	円
12回目	37週前後	円	円	円	円	円
13回目	38週前後	円	円	円	円	円
14回目	39週前後	円	円	円	円	円
合計 (ア)						円
実施時期		(C) 産婦健康診査				支給額 ((a)の低い額+ (b)の低い額)
		(a) 自己負担額	(b) 上限額			
1回目	2週前後	円	円			円
2回目	1ヶ月前後	円	円			円
合計 (イ)						円
総合計 (ア+イ)						円

振込先金融機関 (ゆうちょ銀行への振込みもできます。)

金融機関名	信金 農協 銀行 漁協	店 所
預金種別	普通 当座 その他	口座番号
口座名義(フリガナ)	()	