

別記様式第2号（第9条関係）

上三川町妊産婦健康診査費用助成申請書

年 月 日

上三川町長 様

住所

氏名

妊産婦健康診査を受けたので、上三川町妊産婦健康診査実施要綱第9条の規定に基づき、下記のとおり健康診査費用の助成を申請します。

住 所	上三川町		電話		
ふりがな			生 年 月 日		
妊婦氏名			年 月 日生		
受託医療機関	名 称				
	所在地				
回数	健康診査受診日		回数	健康診査受診日	
妊 婦	1	年 月 日	妊 婦	9	年 月 日
	2	年 月 日		10	年 月 日
	3	年 月 日		11	年 月 日
	4	年 月 日		12	年 月 日
	5	年 月 日		13	年 月 日
	6	年 月 日		14	年 月 日
	7	年 月 日	産	1	年 月 日
	8	年 月 日	婦	2	年 月 日
助成申請額※	円				
振込先金融機関名	銀行・信用金庫		本店・支店		
	農協・信用組合		本所・支所		
口座番号	普通 No.	ふりがな			
		口座名義			

※妊婦一般助成申請額は、1回目は20,000円、8回目は11,000円、11回目は9,000円、2回目から7回目、9回目、10回目、12回目から14回目は5,000円を上限とする。産婦健康診査助成額は、1回目5,000円、2回目5,000円を上限とする。

※添付書類

- 1 領収書
- 2 未使用の受診票
- 3 妊産婦健康診査の受診結果が分かる書類