

江 差 町 委 託 医 療 機 関 外 等 の 母 子 健 康 診 査 費 用 助 成 申 請 書
(妊 婦 一 般 健 康 診 査 等 費 用)

年 月 日

江差町長 様

申請者 氏名 印
住所 江差町字

妊婦一般健康診査等に係る費用について、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

受診者	氏 名				生年月日	平成 昭和	年	月	日
	住 所				電話番号				
受診医療機関	名 称				電話番号				
	所在地								
	受 診 票	健 診 受 診 日	道 内 基 準 額	申 請 額	決 定 額				
妊婦一般健康診査（道外）	回 目	年 月 日	円	円	円				
	回 目	年 月 日	円	円	円				
	回 目	年 月 日	円	円	円				
	回 目	年 月 日	円	円	円				
	回 目	年 月 日	円	円	円				
	回 目	年 月 日	円	円	円				
	回 目	年 月 日	円	円	円				
	回 目	年 月 日	円	円	円				
	回 目	年 月 日	円	円	円				
	回 目	年 月 日	円	円	円				
産婦健康診査（道外）	1回目	年 月 日	円	円	円				
	2回目	年 月 日	円	円	円				
40週以降の妊婦一般健康診査		年 月 日	円	円	円				
		年 月 日	円	円	円				
精密検査（道外）		年 月 日	円	円	円				
合計額			円	円	円				
※ 道内基準額には、妊婦一般健康診査と超音波検査及び産婦健康診査の費用を含む。 ※ 妊婦一般健康診査・精密検査・産婦健康診査の費用助成上限額は、道外で受診した回数分の道内基準額の合計とする。									
支払い方法	・口座振込	銀行名	銀行・信用金庫			本店・支店			
		預金項目	普通 ・ 当座	口座番号					
		口座名義	フリガナ						
	・直接払い								