

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 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、道外医療機関・助産所で受診したので、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	1 回 目	年 月 日		円	円		円		
	2 回 目	年 月 日		円	円		円		
	3 回 目	年 月 日		円	円		円		
	4 回 目	年 月 日		円	円		円		
	5 回 目	年 月 日		円	円		円		
	6 回 目	年 月 日		円	円		円		
	7 回 目	年 月 日		円	円		円		
	8 回 目	年 月 日		円	円		円		
	9 回 目	年 月 日		円	円		円		
	10 回 目	年 月 日		円	円		円		
	11 回 目	年 月 日		円	円		円		
	12 回 目	年 月 日		円	円		円		
	13 回 目	年 月 日		円	円		円		
	14 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		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の費用を含む。 ※ 妊婦一般健康診査・精密検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							