

大村市妊産婦健康診査費支給申請書

申請者氏名				年 月 日生まれ （ 歳）				
申請内容	妊婦	一般健康診査種別	健診受診日	申請額		限度額	決定額	
		1回目 妊娠8週前後	年 月 日		円	6,300円		円
		2回目 妊娠12週前後	年 月 日		円	24,350円		円
		3回目 妊娠16週前後	年 月 日		円	5,000円		円
		4回目 妊娠20週前後	年 月 日		円	10,000円		円
		5回目 妊娠24週前後	年 月 日		円	10,000円		円
		6回目 妊娠26週前後	年 月 日		円	5,000円		円
		7回目 妊娠28週前後	年 月 日		円	5,000円		円
		8回目 妊娠30週前後	年 月 日		円	11,700円		円
		9回目 妊娠32週前後	年 月 日		円	5,000円		円
		10回目 妊娠34週前後	年 月 日		円	5,000円		円
		11回目 妊娠36週前後	年 月 日		円	10,000円		円
		12回目 妊娠37週前後	年 月 日		円	5,000円		円
		13回目 妊娠38週前後	年 月 日		円	5,000円		円
	14回目 妊娠39週前後	年 月 日		円	5,000円		円	
	多胎妊婦	1回目	年 月 日		円	5,000円		円
		2回目	年 月 日		円	5,000円		円
		3回目	年 月 日		円	5,000円		円
		4回目	年 月 日		円	5,000円		円
		5回目	年 月 日		円	5,000円		円
	合 計				円		円	
	産婦	1回目	年 月 日		円	5,000円		円
		2回目	年 月 日		円	5,000円		円
	合 計				円		円	
振込先金融機関		本店・支店名		種別	口座番号	口座名義(フリガナ)		
銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所		普通 当座 その他		-----		
上記のとおり、妊産婦健康診査費の支給を申請します。 大村市長 様 申請者(妊婦・産婦) 〒856－ ----- 住 所 大村市 ----- 氏 名 ----- 電話番号 ー ー					受 付 印			

◎ 添付書類

- (1) 申請を行う回の妊産婦健康診査の受診票
- (2) 医療機関発行の妊産婦健康診査に要した費用の領収書
- (3) 母子健康手帳