

大村市妊産婦等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	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	15,000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	9,000円	円	
	5回目	妊娠24週前後	年 月 日	円	9,000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	9,000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	
	妊婦多胎用	15回目		年 月 日	円	5,000円	円
		16回目		年 月 日	円	5,000円	円
		17回目		年 月 日	円	5,000円	円
		18回目		年 月 日	円	5,000円	円
		19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、妊産婦等健康診査費の支給を申請します。					受 付 印		
大村市長 様							
申請者(妊婦・産婦)							
〒856-							
住 所 大村市							
氏 名							
電話番号 - -							

- ◎ 添付書類
- (1) 申請を行う回の妊婦一般または産婦健康診査の受診票
  - (2) 医療機関発行の健康診査に要した費用の領収書
  - (3) 母子健康手帳の写し