

妊婦健康診査費用助成申請書兼請求書

多賀城市長 殿

妊婦健診費用の助成を受けたいので、多賀城市妊婦健康診査費助成実施要綱第8条の規定により関係書類を添えて申請するとともに、助成金を請求します。なお、当該助成金については下記口座まで入金願います。

記

1 申請者 住所 多賀城市中央2丁目1-1
(ふりがな) たがじょう はなこ
氏名 多賀城 花子
電話番号 022-368-1141
母子健康手帳交付番号 503123

ご本人（産婦さん）の氏名

2 妊婦健診費用内訳

妊婦健診単位	受診年月日	医療機関名	支払額
初回			円
2回目（妊娠12週～15週前後）			円
3回目（妊娠16週～19週前後）			円
4回目（妊娠20週～23週前後）			円
5回目（妊娠24週～25週前後）			円
6回目（妊娠26週～27週前後）			円
7回目（妊娠28週～29週前後）			円
8回目（妊娠30週～31週前後）			円
9回目（妊娠32週～33週前後）			円
10回目（妊娠34週～35週前後）			円
11回目（妊娠36週頃）	R3.10.4	***産婦人科医院	4,500円
12回目（妊娠37週頃）	R3.10.11	***産婦人科医院	4,500円
13回目（妊娠38週頃）	R3.10.18	***産婦人科医院	4,500円
14回目（妊娠39週頃）	R3.10.25	***産婦人科医院	4,500円
合 計			18,000円

健康保険適用外の金額（私費負担分）を記入してください。

健康保険適用分については助成されません。不明なときは、窓口でおたずねください。

3 振込先

金融機関名	多賀城銀行	支店名	多賀城支店
口座の種類・口座番号	普通当座 1234567		
口座名義人	多賀城 花子	ご本人（産婦さん）名義の口座	

4 請求額（市記載）

円

記載不要