

記入例

(関係)

年 月 日

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。

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 368-1141
母子健康手帳交付番号 261234

ご本人（産婦さん）の氏名

印

朱肉の必要な印
銀行印でなくても可

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)	H25. 10. 4	***産婦人科医院	4,500 円
12回目(妊娠37週頃)	H25. 10. 11	〃	4,500 円
13回目(妊娠38週頃)	H25. 10. 18	〃	4,500 円
14回目(妊娠39週頃)	H25. 10. 25	〃	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