

里帰り等妊産婦健康診査費助成金申請書

令和 年 月 日

南風原町長 様

申請者氏名

住所

電話番号

下記のとおり妊産婦健康診査費について、関係書類を添えて申請します。

助成金申請金額 円

受診者氏名			生年月日 年 月 日生	
医療機関名			都道府県 市町村	
受診区分	助成 限度額 (A)	受診年月日	医療機関支 払額のうち 助成対象額 (B)	申請額 (A)を超えない (B)の額
第1回目	9,000	年 月 日	円	円
第2回目	5,000	年 月 日	円	円
第3回目	6,000	年 月 日	円	円
第4回目	6,000	年 月 日	円	円
第5回目	6,000	年 月 日	円	円
第9-1回	5,040	年 月 日	円	円
第9-2回	9,820	年 月 日	円	円
第9-3回	5,040	年 月 日	円	円
第9-4回	9,290	年 月 日	円	円
第9-5回	5,040	年 月 日	円	円
第9-6回	9,820	年 月 日	円	円
第9-7回	5,040	年 月 日	円	円
第9-8回	5,040	年 月 日	円	円
第9-9回	5,040	年 月 日	円	円
風疹・HIV・クラミア	5,640	年 月 日	円	円
HTLV-1抗体検査	2,290	年 月 日	円	円
産婦(第1回)	5,000	年 月 日	円	円
産婦(第2回)	5,000	年 月 日	円	円
申請額合計				円

振込先金融機関名		支店名	
預金種別	普通・当座	口座番号	
口座名義			

※添付書類…①県内発行受診票 ②領収書 ③母子健康手帳「妊娠中の経過(1)(2)」又は「産婦健康診査受診結果」欄の写し