

里帰り等妊産婦健康診査費助成金申請書

年 月 日

南風原町長 様

申請者氏名

印

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
	R7.3月以前	R7.4月以降			
第1回目	9,000円	24,460円	年 月 日	円	円
第2回目	5,000円	8,970円	年 月 日	円	円
第3回目	6,000円	10,940円	年 月 日	円	円
第4回目	6,000円	10,830円	年 月 日	円	円
第5回目	6,000円	17,630円	年 月 日	円	円
第9—1回	5,040円	5,490円	年 月 日	円	円
第9—2回	9,820円	10,270円	年 月 日	円	円
第9—3回	5,040円	5,490円	年 月 日	円	円
第9—4回	9,290円	9,870円	年 月 日	円	円
第9—5回	5,040円	5,490円	年 月 日	円	円
第9—6回	9,820円	9,870円	年 月 日	円	円
第9—7回	5,040円	5,490円	年 月 日	円	円
第9—8回	5,040円	5,090円	年 月 日	円	円
第9—9回	5,040円	5,090円	年 月 日	円	円
風疹・HIV・ケラジア	5,640円	6,180円	年 月 日	円	円
HTLV-1抗体検査	2,290円	3,030円	年 月 日	円	円
産婦健診(1回目)	5,000円	5,000円	年 月 日	円	円
産婦健診(2回目)	5,000円	5,000円	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『産婦健診受領証』欄の写し