

深川市長 様

住 所
申請者氏名
電 話 番 号
続 柄

印

北海道外の医療機関等において受診した妊婦健康診査の費用につきまして、助成を受けたいので次のとおり申請します。

1. 受診者の状況

氏 名		生年月日	年 月 日 (歳)
住 所			
出産予定日 (出産日)	年 月 日	受診医療機関等	

2. 受診日及び支払金額

※太枠の中を記入してください。

	回	受診日	妊娠週数	助成上限額		支払金額	助成対象額
				医療機関	助産所		
妊婦一般健康診査	1	年 月 日	週	24,050円	—	円	円
	2	年 月 日	週	1,010円	3,170円	円	円
	3	年 月 日	週	1,010円	1,010円	円	円
	4	年 月 日	週	1,010円	1,010円	円	円
	5	年 月 日	週	4,680円	—	円	円
	6	年 月 日	週	1,010円	1,010円	円	円
	7	年 月 日	週	1,010円	1,010円	円	円
	8	年 月 日	週	1,010円	1,010円	円	円
	9	年 月 日	週	1,010円	1,010円	円	円
	10	年 月 日	週	3,110円	3,110円	円	円
	11	年 月 日	週	6,670円	—	円	円
	12	年 月 日	週	3,110円	3,110円	円	円
	13	年 月 日	週	3,110円	3,110円	円	円
	14	年 月 日	週	3,110円	3,110円	円	円
超音波検査	1	年 月 日	週	5,300円	5,300円	円	円
	2	年 月 日	週	5,300円	5,300円	円	円
	3	年 月 日	週	5,300円	5,300円	円	円
	4	年 月 日	週	5,300円	5,300円	円	円
	5	年 月 日	週	5,300円	5,300円	円	円
	6	年 月 日	週	5,300円	5,300円	円	円
産婦健診	1	年 月 日	週	5,000円		円	円
	2	年 月 日	週	5,000円		円	円
助成申請額合計							円

※助成金には上限額があります。支払金額とは異なりますので、ご注意ください。

3. 入金先

銀行 信用金庫 農業協同組合 信用組合	本店・本所 支店・支所 出張所	種目	口座番号					
		普通預金 当座預金 その他						
口座名義人 (かた)								

(1) 申請時には妊婦健康診査等の領収書と未使用の妊婦健康診査受診票を持参してください。

(2) 受診者と、口座名義人は同一人物としてください。

(深川市記入欄)

課 長	係 長	主 査	係	担 当

本件、審査の結果支給決定し、別紙のとおり通知してよろしいか伺います。

年 月 日