

根室市妊産婦健康診査費用補助金交付申請書

年 月 日

根 室 市 長 様

申請者 住所
氏名 ⑩
TEL ()

根室市妊産婦健康診査補助金の交付を受けたいので、関係書類を添付し、申請します。

実施医療機関等		名 称	別途領収書のとおり			
補助金交付申請額	健診回数 (週数) 等	健診時の週数	自己負担額	健診回数 (週数) 等	健診時の週数	自己負担額
	初回 (8週前後)	週	円	10回目 (34週前後)	週	円
	2回目 (12週前後)	週	円	11回目 (36週前後)	週	円
	3回目 (16週前後)	週	円	12回目 (37週前後)	週	円
	4回目 (20週前後)	週	円	13回目 (38週前後)	週	円
	5回目 (24週前後)	週	円	14回目 (39週前後)	週	円
	6回目 (26週前後)	週	円	超音波 (限度6回)	週	円
	7回目 (28週前後)	週	円	産婦健康診査(1回目)		円
	8回目 (30週前後)	週	円	産婦健康診査(2回目)		円
	9回目 (32週前後)	週	円			
合計金額						円

振 込 先	金融機関名	銀 行・漁業協同組合 信用金庫・農業協同組合 本・支 店
	口座番号	普通 ・ 当座 No.
	フリガナ 口座名義人	

※全ての健診終了後に一括申請してください。(母子健康手帳・領収書及び明細書添付)

認 定	決定	可 ・ 否	部 長	課 長	主 査	課 員
	交付決定額	円			受付担当者	