

妊婦一般健康診査費用助成申請書

年 月 日

中頓別町長 様

住 所 枝幸郡中頓別町字  
申請者  
氏 名 印

妊婦一般健康診査費用の助成を受けたいので、医療機関・助産所の領収書を添えて申請します。

No.	妊婦健康診査受診券の種類	助成限度額	申請額
1	第1回（妊娠8週前後）	11,480円	円
2	第2回（妊娠12週前後）超音波検査を含む	19,870円	円
3	第3回（妊娠16週前後）	1,360円	円
4	第4回（妊娠20週前後）	1,360円	円
5	第5回（妊娠24週前後）	4,988円	円
6	第6回（妊娠26週前後）超音波検査を含む	6,660円	円
7	第7回（妊娠28週前後）	1,360円	円
8	第8回（妊娠30週前後）	1,360円	円
9	第9回（妊娠32週前後）	1,360円	円
10	第10回（妊娠34週前後）超音波検査を含む	8,660円	円
11	第11回（妊娠36週前後）	6,720円	円
12	第12回（妊娠37週前後）超音波検査を含む	8,660円	円
13	第13回（妊娠38週前後）超音波検査を含む	8,660円	円
14	第14回（妊娠39週前後）超音波検査を含む	8,660円	円
15	第15回（出産予定日以降）超音波検査を含む	8,660円	円
16	第16回（出産予定日以降）超音波検査を含む	8,660円	円
申請額合計			円

助成金の振込先	(フリガナ)			
	口座名義			
	金融機関名	( ) 金庫・農協・銀行 本店・( ) 支店		
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	