

妊婦健康診査費助成申請書

令和 年 月 日

（あて先）合志市長

住所
妊婦氏名
電話番号（ — — ）
母子健康手帳No

下記のとおり妊婦健康診査を受けましたので、合志市妊婦健康診査助成事業実施要綱第5条の規定により申請します。

1. 妊婦健康診査受診状況及び助成費用申請額

受診券番号	健診日	限度額(円)	受診に要した費用(円)	助成申請額(円) 受診に要した費用と限度額のいずれか低い額	実施機関名
初回	年 月 日	20,520			
2	年 月 日	5,060			
3	年 月 日	7,530			
4	年 月 日	7,530			
5	年 月 日	5,060			
6	年 月 日	7,530			
7	年 月 日	5,060			
8	年 月 日	8,000			
9	年 月 日	5,060			
10	年 月 日	7,810			
11	年 月 日	6,750			
12	年 月 日	7,530			
13	年 月 日	5,060			
14	年 月 日	5,060			
合 計 金 額					

2. 備考

【受付確認欄】

- 受診票（ ）枚 領収書（ ）枚 請求書
 委任状:口座が申請者本人でない場合 診療明細書:持参されている場合（ ）枚