

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	22,360			
2	年 月 日	5,060			
3	年 月 日	8,990			
4	年 月 日	8,990			
5	年 月 日	5,060			
6	年 月 日	8,990			
7	年 月 日	5,060			
8	年 月 日	8,000			
9	年 月 日	5,060			
10	年 月 日	7,820			
11	年 月 日	6,750			
12	年 月 日	8,990			
13	年 月 日	5,060			
14	年 月 日	5,060			
合 計 金 額					

2. 備考

【受付確認欄】※健診日(☐ 令和6年度 ☐ 令和7年度)
☐ 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