

妊産婦健康診査等助成申請書

年 月 日

猪苗代町長

申 請 者	住 所	猪苗代町		
	氏 名			
	生年月日		電話番号	
母子手帳番号			請求金額	円
1 妊婦健康診査 前期 (1回) 2 妊婦健康診査 20 週前後 (1回) 3 妊婦健康診査 後期 (1回) 4 妊婦健康診査 36 週前後 (1回) 5 前期・20 週前後・後期・36 週前後以外の健康診査 (回分) 6 産後 2 週間健康診査 (1回) 7 産後 1 か月健康診査 (1回) 8 新生児聴覚検査 (初回・確認・再確認) ※領収書貼付				

※助成の内容は、妊婦健康診査前期 円、妊婦健康診査 20 週前後 円、妊婦健康診査後期 円、妊婦健康診査 36 週前後 円、前期・20 週前後・後期・36 週前後以外の健康診査 円、産後 2 週間健康診査 円、産後 1 か月健康診査 円、新生児聴覚検査 円を上限とする。ただし、健康診査に要した費用が定めた額に満たないときは、現に支払った額とする。

【振込口座】

金 融 機 関	銀行 信用金庫 農協	支店	
口 座 番 号		預金種別	普通 ・ 当座
ふりがな 口座名義人			