

総社市長 様

令和 年 月 日

次のとおり妊婦健康診査に係る費用について、県外医療機関または助産所（院）で受診したため、関係書類を添えて申請します。

記							
申請者 (口座名義人) ※1)	氏名	・受診者との続柄:本人・ ()			住所	〒 電話 () —	
受診者 (妊婦) ※2)	氏名	・申請者に同じ (生年月日 年 月 日)			住所	・申請者に同じ 電話 () —	
受診年度 健診種別		R5年4月～	R6年4月1日～ R6年5月31日	R6年6月1日～ R7年3月31日	R8年4月1日～ R8年5月31日	R8年6月1日～	支払金額小計 総社市決定欄
妊婦一般健康 診査（1回 目）		22,920円	23,700円	23,660円	23,660円	23,980円	
	枚 円	枚 円	枚 円	枚 円	枚 円	枚 円	
妊婦一般健康 診査（2～1 4回目）		5,760円	5,760円	5,780円	5,780円	5,810円	
	枚 円	枚 円	枚 円	枚 円	枚 円	枚 円	
妊婦超音波検 査	1,500円						
	枚 円						
妊婦血液検査		1,830円	1,830円	1,830円	1,830円	1,860円	
	枚 円	枚 円	枚 円	枚 円	枚 円	枚 円	
妊婦クラミジ ア抗原検査		2,330円	2,330円	2,280円	2,280円	2,280円	
	枚 円	枚 円	枚 円	枚 円	枚 円	枚 円	
妊婦B群溶血 性レンサ球菌 (GBS) 検査		3,700円	3,700円	3,800円	3,800円	3,800円	
	枚 円	枚 円	枚 円	枚 円	枚 円	枚 円	

支払金額合計 円 合計 円

申請金額 金 円	助成決定金額 円
----------	----------

※1)※2)県外で健診を受けた妊婦本人が申請者である場合は、受診者氏名欄、住所欄の「・申請者に同じ」に○をし、受診者氏名・住所の記入を省略してよい。
※3) 県外で受診し、今回請求する健診にのみチェックし、記入すること。
※4) 申請者が、太枠の中を記入してください。
※5) 上記の表は1回あたりの上限額を示しています。

決定年月日	決 定	受付職員氏名	受理年月日
令和	承 認 ・ 不承認		
年 月 日			

口座番号	金融機関の名称	() 銀行・信用金庫・農協 () 本店・支店・支所				
	口座種別と	普通	預金	口座番号		
	口座番号	当座				
	フリガナ					
名義人						