

## つくばみらい市妊産婦及び乳児一般健康診査費償還払い申請書兼請求書

年月日

つくばみらい市長様

住所 つくばみらい市

申請者氏名

(対象者との関係 )

電話番号

妊産婦及び乳児一般健康診査費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

対象者	住所	つくばみらい市		生年月日	昭和・平成	
	フリガナ				年月日	年月日
	氏名			予定日又は出産日 (妊産婦方のみ)	年月日	
医療機関		名称	電話番号			
妊婦一般健康診査請求額内訳	受診票	受診年月日	妊娠週数	償還払い上限額(A)	受診者支払額(B)	申請額 (A)又は(B)いづれか少ない額
	第1回	年月日	満週	20,550円	円	円
	第2回	年月日	満週	5,000円	円	円
	第3回	年月日	満週	5,000円	円	円
	第4回	年月日	満週	8,500円	円	円
	第5回	年月日	満週	5,000円	円	円
	第6回	年月日	満週	6,000円	円	円
	第7回	年月日	満週	5,000円	円	円
	第8回	年月日	満週	10,600円	円	円
	第9回	年月日	満週	5,000円	円	円
	第10回	年月日	満週	5,000円	円	円
	第11回	年月日	満週	8,000円	円	円
	第12回	年月日	満週	8,500円	円	円
	第13回	年月日	満週	5,000円	円	円
	第14回	年月日	満週	5,000円	円	円
	第15回	年月日	満週	5,000円	円	円
	第16回	年月日	満週	5,000円	円	円
	年月日	満週	5,000円	円	円	
請求合計金額		円				
産婦一般健康診査請求額内訳	受診票	受診年月日	産後週数	償還払い上限額(D)	受診者支払額(E)	申請額(D)又は(E) いづれか少ない額
	第1回	年月日	週	5,000円	円	円
	第2回	年月日	週	5,000円	円	円
請求合計金額		円				
乳児一般健康診査請求額内訳	受診票	受診年月日	償還払い上限額(F)		受診者支払額(G)	申請額(F)又は(G) いづれか少ない額
		年月日	5,605円		円	円
		年月日	5,605円		円	円
請求合計金額		円				
振込先		口座番号		口座名義人		
銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所	普通・当座		(フリガナ)	