

つくばみらい市妊産婦及び乳児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	年 月 日	
	フリガナ					
	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)いずれか少ない額
	第1回	年 月 日	満 週	26,660 円	円	円
	第2回	年 月 日	満 週	5,780 円	円	円
	第3回	年 月 日	満 週	5,780 円	円	円
	第4回	年 月 日	満 週	10,560 円	円	円
	第5回	年 月 日	満 週	5,780 円	円	円
	第6回	年 月 日	満 週	9,190 円	円	円
	第7回	年 月 日	満 週	5,780 円	円	円
	第8回	年 月 日	満 週	13,940 円	円	円
	第9回	年 月 日	満 週	5,780 円	円	円
	第10回	年 月 日	満 週	5,780 円	円	円
	第11回	年 月 日	満 週	11,440 円	円	円
	第12回	年 月 日	満 週	10,560 円	円	円
	第13回	年 月 日	満 週	5,780 円	円	円
	第14回	年 月 日	満 週	5,780 円	円	円
	第15回	年 月 日	満 週	5,780 円	円	円
	第16回	年 月 日	満 週	5,780 円	円	円
	年 月 日	満 週	5,780 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) いずれか少ない額
	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) いずれか少ない額
	1 か月児	年 月 日	6,000 円		円	円
	9～11 か月	年 月 日	6,000 円		円	円
請求合計金額			円			
振込先			口座番号		口座名義人	
銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所			普通・当座		(フリガナ)	