

別記様式（第 8 条関係）

妊産婦健康診査料助成費請求書

令和 年 月 日

浪江町長

(請求者)
住所 浪江町大字
(避難先住所 〒)
氏名 印
電話番号

下記のとおり、妊産婦健康診査料助成費を請求します。

妊 婦 氏 名 (妊産婦健康診査受診者)		母子健康手帳番号	
-------------------------	--	----------	--

内 訳	妊産婦健康診査受診票区分		契約単価 (A) (支払上限額)	件数	受診者支払額 (B)	請求額 (A) 又は (B) いずれか少ない額
	①	妊娠前期 (1 2 週前後)	円	件	円	円
	④	妊娠 2 0 週前後	円	件	円	円
	②	妊娠後期 (3 0 週前後)	円	件	円	円
	③	妊娠 3 6 週前後	円	件	円	円
		妊婦一般健康診査 ⑤～⑮	円	件	円	円
	⑭	産後 2 週間健康診査	円	件	円	円
	⑰	産後 1 か月健康診査	円	件	円	円
合計請求額			円			

振込み先

金融機関名	() 銀行・信用金庫・農協 () 本店 信用組合 支店		
口座種別	普通 ・ 当座	フリガナ	
口座番号		口座名義人	

※添付書類 ①医療機関より交付された妊産婦健康診査に要した費用に係る領収書（原本）
②主治医が記入した妊産婦健康診査結果通知書（市町村保管用）