

別記様式第2号（第10条関係）

今治市妊婦一般健康診査費 産婦健康診査費助成申請書

年 月 日

（宛先）今治市長

申請者

住所

氏名

電話 （ ） -

（受診票を使用せず・県外医療機関で）受診したので、関係書類を添えて、今治市妊婦一般健康診査費・産婦健康診査費の助成申請をします。

なお、本申請に係る審査のため、住民登録情報の閲覧について承諾します。

助成金交付申請額 金 _____ 円

受診票No. _____					
助成対象妊婦健診	健診受診日	助成申請額	助成対象妊婦健診	健診受診日	助成申請額
5回受診票第1回	月 日	円	9回受診票第1回	月 日	円
5回受診票第2回	月 日	円	9回受診票第2回	月 日	円
5回受診票第3回	月 日	円	9回受診票第3回	月 日	円
5回受診票第4回	月 日	円	9回受診票第4回	月 日	円
5回受診票第5回	月 日	円	9回受診票第5回	月 日	円
			9回受診票第6回	月 日	円
			9回受診票第7回	月 日	円
			9回受診票第8回	月 日	円
			9回受診票第9回	月 日	円
助成対象産婦健診	健診受診日		助成申請額		
産後2週間前後	月 日		円		
産後1か月前後	月 日		円		

助成申請額は、実際に健康診査に要した費用の額とする。

ただし、今治市妊産婦乳児健康診査実施要綱別表の限度額を上限とする。