

妊産婦及び乳児健康診査費支給申請書

宝達志水町長 様

年 月 日

（申請者）住所 宝達志水町

氏名 印

電話 -

太枠内を記入してください。

受診者氏名 (妊産婦) ( 年 月 日生)			(乳 児) ( 年 月 日生)		
受診票種類	受診月日	医療機関名	受診票種類	受診月日	医療機関名
妊娠1回目	月 日		妊娠12回目	月 日	
妊娠2回目	月 日		妊娠13回目	月 日	
妊娠3回目	月 日		妊娠14回目	月 日	
妊娠4回目	月 日		妊娠15回目	月 日	
妊娠5回目	月 日		妊娠16回目	月 日	
妊娠6回目	月 日		歯科健康診査	月 日	
妊娠7回目	月 日		産 婦	月 日	
妊娠8回目	月 日		乳児1回目	月 日	
妊娠9回目	月 日		乳児2回目	月 日	
妊娠10回目	月 日		支給申請額	円	
妊娠11回目	月 日				
<振り込み先> _____ 銀行・信金・農協 _____ 支店					
普・当 口座番号					
(フリガナ) 口座名義人					
申請理由					

処理欄	決定年月日 支給決定額 年 月 日 円	内訳	妊婦 (1.2.3.4.5.6.7.8.9.10.11.12.13.14.15.16)	円
			歯科健康診査 産婦 乳児 (1・2)	

- 備考 1 申請に必要なものは、①申請書 ②領収書 ③妊産婦乳児健康診査受診票：医療機関で健診結果を記入してあるもの)です。④妊婦歯科健康診査受診票：医療機関で健診結果を記入してあるもの)です。
- 2 申請期間は、受診日の年度内です。
- 3 支給限度額は、石川県医師会との契約単価によるものとする。
- 4 処理欄は、記入しないでください。