

妊婦健康診査費用助成申請書

年 月 日

岩 内 町 長 様

申請者 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

(電話 _____)

下記のとおり妊婦健康診査費用の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

受 診 者 (申請者と同じ場合は、記入の必要はありません。)	住所	
	氏名	
健康診査を受けた医療機関又は助産所名		

※この申請書に、母子健康手帳、領収書の写し、未使用の妊婦一般健康診査受診票等を添付して下さい。

※岩内町確認欄 (以下、記入の必要はありません。)

(単位：円)

週 数	費用額	控除額	自己負担額	公費負担上限額	助成額	備 考
妊娠 8 週前後				24,160		
妊娠 12 週前後				990		
超音波検査				5,300		
妊娠 16 週前後				990		
妊娠 20 週前後				990		
妊娠 24 週前後				4,620		
妊娠 26 週前後				990		
超音波検査				5,300		
妊娠 28 週前後				990		
妊娠 30 週前後				990		
妊娠 32 週前後				990		
妊娠 34 週前後				3,090		
超音波検査				5,300		
妊娠 36 週前後				6,400		
妊娠 37 週前後				3,090		
超音波検査				5,300		
妊娠 38 週前後				3,090		
超音波検査				5,300		
妊娠 39 週前後				3,090		
超音波検査				5,300		
計						

※公費負担上限額とは、岩内町が委託医療機関等と協定して定めた額をいいます。