

様式第1号（第4条関係）

岩内町妊産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 _____

(電話 _____)

下記のとおり妊産婦健康診査費用の助成を受けたいので、岩内町妊産婦健康診査費用助成事業実施要綱第4条の規定に基づき、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、領収書、母子健康手帳の写し、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						
妊娠12週前後						
妊娠16週前後						
妊娠20週前後						
妊娠24週前後						
妊娠26週前後						
妊娠28週前後						
妊娠30週前後						
妊娠32週前後						
妊娠34週前後						
妊娠36週前後						
妊娠37週前後						
妊娠38週前後						
妊娠39週前後						
超音波検査(第1回)						
超音波検査(第2回)						
超音波検査(第3回)						
超音波検査(第4回)						
超音波検査(第5回)						
超音波検査(第6回)						
妊婦精密検査						
産婦健診(産後2週)						
産婦健診(産後1か月)						
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。