

様式第2号(第9条関係)

おいらせ町妊産婦・乳児健康診査費等助成金請求書

金 円

妊産婦の氏名	
生年月日	年 月 日生(歳)
医療機関名 健診受診日 病院で支払った額	裏面のとおり
乳児の氏名	
生年月日	年 月 日生(歳)
医療機関名 健診受診日 病院で支払った額	裏面のとおり
助成金については、下記の口座に振込願います。	
振込先	銀行・信用金庫 本店・支店 農協・信用組合 本所・支所
口座種別	普通・当座・その他()
口座番号	
口座名義人	
上記のとおり請求します。 年 月 日 おいらせ町長 様 請求者(口座名義人)〒039- 住 所 おいらせ町 _____ 氏 名 _____ 電話番号 _____	

(裏面)

医療機関名称	
--------	--

妊産婦健康診査

健診の種類	健診受診日	助成上限	支払った額	助成金額
妊婦健診1	年 月 日	円	円	円
妊婦健診2	年 月 日	円	円	円
妊婦健診3	年 月 日	円	円	円
妊婦健診4	年 月 日	円	円	円
妊婦健診5	年 月 日	円	円	円
妊婦健診6	年 月 日	円	円	円
妊婦健診7	年 月 日	円	円	円
妊婦健診8	年 月 日	円	円	円
妊婦健診9	年 月 日	円	円	円
妊婦健診10	年 月 日	円	円	円
妊婦健診11	年 月 日	円	円	円
妊婦健診12	年 月 日	円	円	円
妊婦健診13	年 月 日	円	円	円
妊婦健診14	年 月 日	円	円	円
子宮頸がん検診	年 月 日	円	円	円
超音波検査1	年 月 日	円	円	円
超音波検査2	年 月 日	円	円	円
超音波検査3	年 月 日	円	円	円
超音波検査4	年 月 日	円	円	円
HTLV-1 抗体検査	年 月 日	円	円	円
性器クラミジア検査	年 月 日	円	円	円
ラクトバチルス (Nスコア)	年 月 日	円	円	円
産婦健診1	年 月 日	円	円	円
産婦健診2	年 月 日	円	円	円
			計	円

乳児健康診査

健診の種類	健診受診日	助成上限	支払った額	助成金額
乳児健診1	年 月 日	円	円	円
乳児健診2	年 月 日	円	円	円
			計	円

乳児股関節脱臼検診

健診の種類	健診受診日	助成上限	支払った額	助成金額
股関節脱臼検診	年 月 日	円	円	円

新生児聴覚検査

健診の種類	健診受診日	助成上限	支払った額	助成金額
初回検査	年 月 日	円	円	円
確認検査	年 月 日	円	円	円
			計	円