

令和7年度砥部町妊産婦健康診査費助成金交付申請書

年 月 日

申請者

住 所 砥部町

氏 名

電話番号

里帰り等の理由により県外の医療機関又は助産所で妊産婦健康診査を受診したため、関係書類を添えて、砥部町妊産婦健康診査費の助成を申請します。

なお、この申請に必要な住民基本台帳等に関する情報を確認することに同意します。

回数	受診日	健診料金	申請額
第1回	年 月 日	円	円
第2回	年 月 日	円	円
第3回	年 月 日	円	円
第4回	年 月 日	円	円
第5回	年 月 日	円	円
第6回	年 月 日	円	円
第7回	年 月 日	円	円
第8回	年 月 日	円	円
第9回	年 月 日	円	円
第10回	年 月 日	円	円
第11回	年 月 日	円	円
第12回	年 月 日	円	円
第13回	年 月 日	円	円
第14回	年 月 日	円	円
多胎妊婦健診（追加第1回）	年 月 日	円	円
多胎妊婦健診（追加第2回）	年 月 日	円	円
多胎妊婦健診（追加第3回）	年 月 日	円	円
多胎妊婦健診（追加第4回）	年 月 日	円	円
多胎妊婦健診（追加第5回）	年 月 日	円	円
産婦健康診査（産後2週間）	年 月 日	円	円
産婦健康診査（産後1か月）	年 月 日	円	円
請求額の合計			円