

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 砥部町宮内〇〇〇

氏 名 砥部 花子

電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

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	金額については、領収書を確認しながら 記入させていただきます。		円
第 4 回			円
第 5 回			円
第 6 回			円
第 7 回			円
第 8 回			円
第 9 回			円
第10回			円
第11回			円
第12回			円
第13回			円
第14回			円
多胎妊婦健診（追加第 1 回）			円
多胎妊婦健診（追加第 2 回）			円
多胎妊婦健診（追加第 3 回）			円
多胎妊婦健診（追加第 4 回）	円		
多胎妊婦健診（追加第 5 回）	円		
産婦健康診査（産後 2 週間）	円		
産婦健康診査（産後 1 か月）	円		
請求額の合計		円	