

(ふりがな) 妊産婦氏名	ざおう まちこ 蔵王 町子	母子健康 手帳番号	2020-00
生年月日	〇〇年〇月〇〇日	電話番号	0224-〇〇-〇〇〇〇 (携帯電話でも可)
住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 蔵王町×××		

妊産婦健康診査を受けた月日と医療機関名をご記入ください。

受診票	年 月 日	医療機関名	実費負担額 (A)	公費負担上限額 (B)
1				25,790円
2				6,500円
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10	令和〇年〇月〇〇日	〇〇〇〇病院	8,000円	
11	令和〇年〇月〇〇日	〇〇〇〇病院	6,500円	
12	令和〇年〇月〇〇日	〇〇〇〇病院	6,500円	
13	令和〇年〇月〇〇日	〇〇〇〇病院	8,000円	
14	令和〇年〇月〇〇日	〇〇〇〇病院	6,000円	
産後1	令和〇年〇月〇〇日	〇〇〇〇病院	6,000円	5,000円
産後2	令和〇年〇月〇〇日	〇〇〇〇病院	4,500円	
実費負担合計金額		公費負担額合計額		助成金額
45,500円		50,500円		43,000円

口座振込名義人	〇〇 銀行 金庫 組合	本店 〇〇 支店 出張所	種 目	口 座 番 号							
	金融機関コード	店舗コード	①普通預金	○	○	○	○				
			2当座預金					○	○	○	○
			3その他								
口座名義人	(ふりがな) ざおう まちこ 蔵王 町子										

蔵王町長 殿

上記のとおり、妊産婦健康診査費助成の支給を申請（請求）します。

〇〇年 〇月 〇〇日

氏名 蔵王 町子 印