

別記様式第6号（第9条関係）

名寄市里帰り等妊産婦健診助成申請書

年 月 日

名寄市長 様

申請者	郵便番号	—	電話番号	
	現住所			
	フリガナ			
	氏名	旧姓（ ）		
	出産予定日	年 月 日	母子健康手帳番号	

※母子健康手帳交付後、姓が変わった場合は旧姓を（ ）内に記入してください。

※助成対象となる妊産婦健診は、道内での妊婦一般健康診査と合算して最大14回まで、産婦健康診査は2回以内

里帰り先妊産婦健診 実施医療機関又は助産所名	所在地	電話番号

※道外の医療機関又は助産所に限る。

里帰り先における妊産婦健診実施状況

申請	受診票が利用できる妊娠週数 *は超音波検査を含む	負担金 上限額	里帰り先における 助成対象となる 健診受信年月日	健診時の 妊娠週数	自己負担額	助成申請額
	第1回（8週前後）	円	年 月 日	週	円	円
	第2回（12週前後）*	円	年 月 日	週	円	円
	第3回（16週前後）	円	年 月 日	週	円	円
	第4回（20週前後）*	円	年 月 日	週	円	円
	第5回（24週前後）*	円	年 月 日	週	円	円
	第6回（26週前後）*	円	年 月 日	週	円	円
	第7回（28週前後）	円	年 月 日	週	円	円
	第8回（30週前後）*	円	年 月 日	週	円	円
	第9回（32週前後）	円	年 月 日	週	円	円
	第10回（34週前後）*	円	年 月 日	週	円	円
	第11回（36週前後）	円	年 月 日	週	円	円
	第12回（37週前後）*	円	年 月 日	週	円	円
	第13回（38週前後）*	円	年 月 日	週	円	円
	第14回（39週前後）*	円	年 月 日	週	円	円
	産婦健康診査（2週）	円	年 月 日		円	円
	産婦健康診査（1か月）	円	年 月 日		円	円
里帰り先における助成対象となる妊産婦健診回数			回	負担金助成申請合計額		円

※里帰り後に受けた妊産婦健診のうち、受診票が利用できる時期に受診した健診について、申請欄に○を付け所定の項目をご記入ください。

※助成金の上限額は受診時期によって決まっています。支払った金額とは異なりますのでご注意ください。

名寄市里帰り等妊産婦健診助成金請求書

請求金額	円
------	---

ただし、名寄市里帰り等妊産婦健診助成金として（内訳のとおり）

内訳			
利用受診表(第何回)	健診受診年月日	医療機関又は助産所名	金額
	年 月 日		円
	年 月 日		円
	年 月 日		円
	年 月 日		円
	年 月 日		円
	年 月 日		円
	年 月 日		円
	年 月 日		円
	年 月 日		円
	年 月 日		円
	年 月 日		円
	年 月 日		円
	年 月 日		円
	年 月 日		円
	年 月 日		円
	年 月 日		円
	年 月 日		円
	年 月 日		円
	年 月 日		円
	年 月 日		円
合計			円

上記の金額を請求します。（領収書別添のとおり）

年 月 日

名寄市長 様

住所 _____
 氏名 _____
 電話 (_____ - _____)

振込先	金融機関名		本店 支店
	口座種別	普通 ・ 当座	
	口座番号		
	フリガナ		
	口座名義		

注1 黒のボールペンで記入してください。
 注2 金額の訂正はできません。