

様式第 32 号（第 9 条関係）

妊産婦一般健康診査・妊婦歯科健康診査・乳児一般健康診査償還払申請書兼請求書

年 月 日

稲敷市長 様

申 請 者
対 象 者
住 所 稲敷市
生 年 月 日 年 月 日
母子手帳番号
電 話 番 号

妊産婦一般健康診査・妊婦歯科健康診査・乳児健康診査償還払いについて、稲敷市母子健康診査実施規則第 9 条の規定により関係書類を添付し下記のとおり申請及び請求いたします。

請求金額 円

内訳							
<妊婦一般健康診査> 実施医療機関名							
回数	上限額 (A)	支払額 (B)	請求額 (A) (B) の 少ない額	回数	上限額 (A)	支払額 (B)	請求額 (A) (B) の 少ない額
1	26,660 円	円	円	8	13,940 円	円	円
2	5,780 円	円	円	9	5,780 円	円	円
3	5,780 円	円	円	10	5,780 円	円	円
4	10,560 円	円	円	11	11,440 円	円	円
5	5,780 円	円	円	12	10,560 円	円	円
6	9,190 円	円	円	13	5,780 円	円	円
7	5,780 円	円	円	14	5,780 円	円	円
合計	円						
<産婦一般健康診査>		回数	上限額 (A)	支払額 (B)	請求額(A) (B) の少ない額		
実施医療機関名		1	5,000 円	円			
		2	5,000 円	円			
<妊婦歯科健康診査>			上限額 (A)	支払額 (B)	請求額(A) (B) の少ない額		
実施医療機関名			5,000 円	円	円		
<乳児一般健康診査>		回数	上限額 (A)	支払額(B)	請求額(A) (B) の少ない額		
実施医療機関名		生後 1 か月	6,000 円	円	円		
		1	6,000 円	円	円		
		2	6,000 円	円	円		

償還金振り込み口座

金融機関名	銀行 金庫 組合	店 支店 出張所	普通 当座 該当を○で囲む
口座番号		ふりがな	
		口座名義人	