様式第２号（第７条関係）

妊産婦健康診査償還払い申請書兼請求書

年　　月　　日

　　古河市長　宛て

住所

申請（請求）者　氏名

（自署又は記名押印）

電話番号

　　妊産婦健康診査に係る償還払いについて、古河市妊産婦健康診査及び乳児健康診査実施要綱第７条第２項の規定により、次のとおり申請し、及び請求します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 健康診査受診者 | ふりがな氏名 | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住所 | 〒古河市 |
| 電話番号 | 　 |
| 母子健康手帳番号 |  | 単胎　／　（　　）胎 |
| 申請する受診回数に○を付ける。 | 妊婦 | 　１　　　２　　　３　　　４　　　５　　　６　　　７　８　　　９　　　10　　　11　　　12　　　13　　　14　15　　　16　　　17　　　18以降（　　　　　　　　） |
| 産婦 | 　１　　　２ |
|  | 妊産婦健康診査受診回数 | 償還払い上限額（A） | 受診者支払額（B） | 請求額（A）又は（B）いずれか少ない額 |
| 妊婦 | 第１回 | 20,550円　 | 円　 | 円　 |
| 第２回 | 5,000円　 | 円　 | 円　 |
| 第３回 | 5,000円　 | 円　 | 円　 |
| 第４回 | 8,500円　 | 円　 | 円　 |
| 第５回 | 5,000円　 | 円　 | 円　 |
| 第６回 | 6,000円　 | 円　 | 円　 |
| 第７回 | 5,000円　 | 円　 | 円　 |
| 第８回 | 10,600円　 | 円　 | 円　 |
| 第９回 | 5,000円　 | 円　 | 円　 |
| 第10回 | 5,000円　 | 円　 | 円　 |
| 第11回 | 8,000円　 | 円　 | 円　 |
| 第12回 | 8,500円　（5,000円） | 円　 | 円　 |
| 第　回 | 5,000円　 | 円　 | 円　 |
| 第　回 | 5,000円　 | 円　 | 円　 |
| 第　回 | 5,000円　 | 円　 | 円　 |
| 第　回 | 5,000円　 | 円　 | 円　 |
| 第　回 | 5,000円　 | 円　 | 円　 |
| 合計 | 　 | 　 | 円　 |
| 産婦 | 第１回 | 5,000円　 | 円　 | 円　 |
| 第２回 | 5,000円　 | 円　 | 円　 |
| 合計 | 　 | 　 | 円　 |
| 右の金額を請求します。 | 円　 |
| 振込先 | 名称 | 店　 |
| 口座番号 | (普通・当座) | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 口座名義 | 　 |

　注　この様式は、適宜補正して使用することができる。