

【記入例】・丸で囲んだところを記入・押印してください。
・請求者と健康診査受診者は妊婦本人の情報を記載ください。
・請求額内訳は記入をしないでください。領収書を確認し、子育て包括支援課で記入いたします。

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

古河市長 宛て

年 月 日

住 所
申請（請求）者 氏 名
(自署又は本人確認書類の提示等により押印省略可)
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一般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
	産婦	14	15	16	17	18以降 ()	
	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	26,660円	円		円		
	第 2 回	5,780円	円		円		
	第 3 回	5,780円	円		円		
	第 4 回	10,560円	円		円		
	第 5 回	5,780円	円		円		
	第 6 回	9,190円	円		円		
	第 7 回	5,780円	円		円		
	第 8 回	13,940円	円		円		
	第 9 回	5,780円	円		円		
	第10回	5,780円	円		円		
	第11回	11,440円	円		円		
	第12回	10,560円 (5,780円)	円		円		
	第 回	5,780円	円		円		
	第 回	5,780円	円		円		
	第 回	5,780円	円		円		
	第 回	5,780円	円		円		
	第 回	5,780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。