

**【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）

妊娠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

印

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

妊娠婦健康診査に係る償還払いについて、古河市妊娠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
	14	15	16	17	18以降 ( )		
産婦	1	2					
妊娠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			
第1回	26,660円			円			
第2回	5,780円			円			
第3回	5,780円			円			
第4回	10,560円			円			
第5回	5,780円			円			
第6回	9,190円			円			
第7回	5,780円			円			
第8回	13,940円			円			
第9回	5,780円			円			
第10回	5,780円			円			
第11回	11,440円			円			
第12回	10,560円 (5,780円)			円			
第回	5,780円			円			
第回	5,780円			円			
第回	5,780円			円			
第回	5,780円			円			
合計				円			
産 婦	第1回	5,000円			円		
	第2回	5,000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。