様式第１号(第９条関係)

令和　　年　　月　　日

美里町長　上田　泰弘　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所　美里町

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　産婦氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　母子手帳No．

産婦健康診査助成事業申請書

次のとおり産婦健康診査を受けましたので、美里町産婦健康診査助成事業実施要綱第９条の規定により申請します。

　産婦健康診査受診状況及び助成申請額

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 回数 | 受診日 | 受診に要した費用 | 助成申請額（受診に要した費用と助成限度額のいずれか低い額） |
| １回目 | 令和 　年 　月 　日 | 円 | 円 |
| ２回目 | 令和 　年 　月 　日 | 円 | 円 |
| 合計金額 | 円 |

　産婦健康診査実施医療機関等

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 所在地 | 　　　　　　　　　　　　 電話( 　 ) 　 -　　　 |