

様式第10号 (第8条関係)

小山町妊婦健康診査契約外医療機関等受診費用助成金請求書

契約外医療機関等における妊婦健康診査費用を別添の領収書のとおり支払いましたので、小山町妊婦健康診査契約外医療機関等受診費用助成金を請求します。

年 月 日

小山町長 様

住 所

申請者 氏 名



電話番号

区 分		限度額	回数	支払額	決定額
限度額	初回妊婦健康診査	15,000 円	回	円	円
	第 回～第 回妊婦健康診査	4,000 円	回	円	円
	超音波検査	5,300 円	回	円	円
	血液検査	3,000 円	回	円	円
決 定 額 合 計					円

請 求 額	円
健診の種類	初回妊婦健康診査 第 回～第 回妊婦健康診査 超音波検査 血液検査

口座振替記入欄

金融機関	銀行	口座	フリガナ						
	金庫		名義人氏名						
	農協		種類	口座番号					
	本店 支店 支所 出張所		1 普通 2 当座						