

妊婦健康診査費用払い戻し申請書

令和 年 月 日

柏崎市長 様

私は、県外医療機関等で妊婦健康診査を受診したので、関係書類を添えて妊婦健康診査費用払い戻しの申請をします。

1 申請者

住所	〒 柏崎市		
(ふりがな) 氏名			
生年月日	年 月 日	電話番号	()
受診票交付番号	No.		

2 妊婦健康診査費用内訳

回数	受診年月日	医療機関名	(保険適用外) 自己負担額
初回	年 月 日		円
子宮 頸癌	年 月 日		円
2	年 月 日		円
3	年 月 日		円
4	年 月 日		円
5	年 月 日		円
6	年 月 日		円
7	年 月 日		円
8	年 月 日		円
9	年 月 日		円
10	年 月 日		円
11	年 月 日		円
12	年 月 日		円
13	年 月 日		円
14	年 月 日		円

※子育て支援課記入欄

助成対象額	払戻上限額 (R6.6~)	払い戻し金額	添付 書類
円	22,990 円	円	<input type="checkbox"/>
円	3,200 円	円	<input type="checkbox"/>
円	5,080 円	円	<input type="checkbox"/>
円	5,080 円	円	<input type="checkbox"/>
円	9,860 円	円	<input type="checkbox"/>
円	5,080 円	円	<input type="checkbox"/>
円	5,080 円	円	<input type="checkbox"/>
円	17,050 円	円	<input type="checkbox"/>
円	5,080 円	円	<input type="checkbox"/>
円	5,080 円	円	<input type="checkbox"/>
円	8,880 円	円	<input type="checkbox"/>
円	11,720 円	円	<input type="checkbox"/>
円	5,080 円	円	<input type="checkbox"/>
円	5,080 円	円	<input type="checkbox"/>
円	5,080 円	円	<input type="checkbox"/>
払い戻し金額 合計 _____ 円			

3 振込先

金融機関名	銀行	支店
口座の種類・口座番号	普通 ・ 当座	
(フリガナ) 口座名義人		