

健康診査料助成申請書

年 月 日

立科町長 様

申請者 住所 立科町大字

氏名

(印)

妊婦健康診査料の助成を受けたいので申請します。

妊 婦 健 康 診 査 料 証 明			※医療機関記入欄
回	実 施 日	妊 娠 週 数	診 査 料
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
合 計 診 査 料 ㉞			
上記の通り証明いたします。 年 月 日			
医療機関等の名称 代表者又は担当医師名			

役場記入欄

健診票返還数	委託単価	未実施換算額	未実施換算額 ㉠	
基本健診			支給済額 ㉡	
追加検査①				
追加検査②			請求診査料 ㉢	
追加検査③				
追加検査④				
超音波検査			支給決定額 ㉠-㉡≤㉢	
未実施換算総額 ㉣ (助成上限額)				

上記のとおり交付決定してもよろしいでしょうか。

決裁	課長		係長		係	
----	----	--	----	--	---	--