

塩竈市妊婦健康診査費助成申請書					
申請者名				受診者との続柄	
受診者名		(ふりがな)			生年月日 年 月 日 (歳)
		氏名			
県内の医療機関で受診できなかった理由					
週数	健診を受けた医療機関名及び所在地	健診に要した費用 ()は限度額	週数	健診を受けた医療機関名及び所在地	健診に要した費用 ()は限度額
初回		(25,790)	30～31週前後		(6,500)
12～15週前後		(6,500)	32～33週前後		(6,500)
16～19週前後		(6,500)	34～35週前後		(6,500)
20～23週前後		(6,500)	36週前後		(8,500)
24～25週前後		(6,500)	37週前後		(8,500)
26～27週前後		(6,500)	38週前後		(8,500)
28～29週前後		(6,500)	39週前後		(8,500)
多胎用					
1回目		(6,500)	4回目		(6,500)
2回目		(6,500)	5回目		(6,500)
3回目		(6,500)	6回目		(6,500)
上記の通り妊婦健康診査費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。					
塩竈市長 殿				年 月 日	
		住所			
		氏名			
		電話 (- -)			
*なお、上記記載内容の確認のため、住民基本台帳を閲覧することを承諾します。					
(氏名)					
振込指定金融機関名等					
金融機関名					
口座の種類	普通 ・ 当座		口座番号		
(ふりがな)			支給決定額 (市記入欄)	円	
口座名義人					