

様式第1号（第5条関係）

妊婦健康診査費助成請求書

琴浦町長 様

|  |            |
|--|------------|
| 健康診査を受診した者の氏名  |            |
| 健康診査を受けた病院等の名称   |            |
| 上記所在地又は住所  |            |
| 健康診査受診年月日及び妊娠週数  | 年 月 日（第 週） |
|  | 年 月 日（第 週） |
| 添付書類<br>・健康診査費の自己負担分を医療機関へ支払いしたその領収書<br>・町が交付した妊婦一般健康診査受診票 |            |
| 妊婦健康診査費請求金額<br>(妊婦一般健康診査受診票に記載の公費負担金額を上限とした合計額)            | 円          |
| 年 月 日<br>請求者<br>住所 琴浦町<br>氏名 ㊟                             |            |