

第1号様式（第5条関係）

大磯町妊婦健康診査費用助成金交付申請書

年 月 日

大磯町長 殿

住 所

申請者

氏 名

電話番号

大磯町妊婦健康診査費用助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

妊婦健康診査受診者	ふりがな氏名			生年月日	年 月 日
	住 所	〒大磯町			
	電 話 番 号			母子健康手帳番号	
申請額内訳	妊婦健康診査受診票	償還払い上限額(A)	受診者支払額(B)	申請額(A)又は(B)いずれか少ない額	
	第1回	11,500円	円	円	
	第2回	4,500円	円	円	
	第3回	4,500円	円	円	
	第4回	4,500円	円	円	
	第5回	4,500円	円	円	
	第6回	4,500円	円	円	
	第7回	4,500円	円	円	
	第8回	4,500円	円	円	
	第9回	4,500円	円	円	
	第10回	4,500円	円	円	
	第11回	4,500円	円	円	
	第12回	4,500円	円	円	
	第13回	4,500円	円	円	
	第14回	4,500円	円	円	
	多胎妊娠1回	4,500円	円	円	
多胎妊娠2回	4,500円	円	円		
申 請 金 額				円	