

別記様式第5号（第16条関係）

妊産婦健康診査扶助費支給申請書

年 月 日

(宛先) 栃木市長

次のとおり妊産婦健康診査を受けましたので、申請いたします。

申請者	住所			
	氏名	(自署しない場合は、記名押印してください。)		
	電話番号		出産日・出産予定日	年 月 日

実施医療機関名	所在地	電話番号

受診回	受診年月日	妊娠週数	自己負担額	支給申請額
1回目	年 月 日	週	円	円
2回目	年 月 日	週	円	円
3回目	年 月 日	週	円	円
4回目	年 月 日	週	円	円
5回目	年 月 日	週	円	円
6回目	年 月 日	週	円	円
7回目	年 月 日	週	円	円
8回目	年 月 日	週	円	円
9回目	年 月 日	週	円	円
10回目	年 月 日	週	円	円
11回目	年 月 日	週	円	円
12回目	年 月 日	週	円	円
13回目	年 月 日	週	円	円
14回目	年 月 日	週	円	円
15回目(多胎妊娠の場合に限る。)	年 月 日	週	円	円
16回目(多胎妊娠の場合に限る。)	年 月 日	週	円	円
17回目(多胎妊娠の場合に限る。)	年 月 日	週	円	円
18回目(多胎妊娠の場合に限る。)	年 月 日	週	円	円
19回目(多胎妊娠の場合に限る。)	年 月 日	週	円	円
産婦 1	年 月 日	産後 2 週間	円	円
産婦 2	年 月 日	産後 1 か月	円	円

振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所
	種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

※市記入欄	支給決定状況	決定日	支給決定額
	支給・不支給	年 月 日	円