

年 月 日

(あて先)京田辺市長

## 京田辺市妊産婦健康診査費助成申請書

妊産婦健康診査を受けましたので、次のとおり申請します。

申請者	氏名			
	住所			
	電話	生年月日	年 月 日	
受診医療機関等名	所在地	都道府県	市町村区	
交付申請額	電話番号			
				円

受診券種別	金額	受診券種別	金額	受診券種別	金額
基本健診①	円	基本健診⑭	円	前期—HIV	円
基本健診②	円	多胎基本健診①	円	前期—がん	円
基本健診③	円	多胎基本健診②	円	前期—超音波①	円
基本健診④	円	多胎基本健診③	円	前期—超音波②	円
基本健診⑤	円	多胎基本健診④	円	中期—超音波③	円
基本健診⑥	円	多胎基本健診⑤	円	後期—超音波④	円
基本健診⑦	円	多胎基本健診⑥	円	前期—HTLV—1	円
基本健診⑧	円	前期—血液①	円	クラミジア	円
基本健診⑨	円	前期—血液②	円	多胎—超音波①	円
基本健診⑩	円	中期—血液③	円	多胎—超音波②	円
基本健診⑪	円	後期—血液④	円	多胎—超音波③	円
基本健診⑫	円	前期—免疫	円	産婦健診①	円
基本健診⑬	円	中期～後期-B群	円	産婦健診②	円

(注意)1 京田辺市妊産婦健康診査受診券（医療機関等で証明済のもの。）を添付してください。

- 2 ※印太枠の部分は記入しないでください。
- 3 実際にかかった健診料が各回の上限額を超えた場合は、上限額までしか助成できません。

支給決定金額	※	確認印
	円	