

別記第4号様式（第10条関係）

音更町指定医療機関以外の医療機関等で受診した妊婦健診費助成金支払証明書（医療機関・助産所用）

この証明書は、音更町指定医療機関以外の医療機関等で受診した妊婦健診費助成金交付申請の際に必要な書類となります。対象となる妊婦から依頼があった場合において、妊婦健康診査料金の支払いが済んでいるときは、下記に該当する欄に記入の上、証明くださいますようお願いいたします。

妊 婦 氏 名					
住 所					
妊婦健診を受診した最後の日又は 出産等の日		年 月 日			
区 分	受診年月日	受診時の 妊娠週数	妊婦健診料金		合計金額
			一般健診	超音波	
第1回 (妊娠8週前後)	年 月 日	週	円	円	円
第2回 (妊娠12週前後)	年 月 日	週	円	円	円
第3回 (妊娠16週前後)	年 月 日	週	円	円	円
第4回 (妊娠20週前後)	年 月 日	週	円	円	円
第5回 (妊娠24週前後)	年 月 日	週	円	円	円
第6回 (妊娠26週前後)	年 月 日	週	円	円	円
第7回 (妊娠28週前後)	年 月 日	週	円	円	円
第8回 (妊娠30週前後)	年 月 日	週	円	円	円
第9回 (妊娠32週前後)	年 月 日	週	円	円	円
第10回 (妊娠34週前後)	年 月 日	週	円	円	円
第11回 (妊娠36週前後)	年 月 日	週	円	円	円
第12回 (妊娠37週前後)	年 月 日	週	円	円	円
第13回 (妊娠38週前後)	年 月 日	週	円	円	円
第14回 (妊娠39週前後)	年 月 日	週	円	円	円
受診医療機関 又は助産所	名 称	㊟			
	住 所				
	電話番号				

記入例

別記第4号様式（第10条関係）

音更町指定医療機関以外の医療機関等で受診した妊婦健診費助成金支払証明書（医療機関・助産所用）

この証明書は、音更町指定医療機関以外の医療機関等で受診した妊婦健診費助成金交付申請の際に必要な書類となります。対象となる妊婦から依頼があった場合において、妊婦健康診査料金の支払いが済んでいるときは、下記に該当する欄に記入の上、証明くださいますようお願いいたします。

妊 婦 氏 名					
住 所					
妊婦健診を受診した最後の日又は 出産等の日		年 月 日			
区 分	受診年月日	受診時の 妊娠週数	妊婦健診料金		合計金額
			一般健診	超音波	
第1回 (妊娠8週前後)	年 月 日	週	円	円	円
第2回 (妊娠12週前後)	年 月 日	週	円	円	円
第3回 (妊娠16週前後)	年 月 日	週	円	円	円
第4回 (妊娠20週前後)	年 月 日	週	円	円	円
第5回 (妊娠24週前後)	年 月 日	週	円	円	円
第6回 (妊娠26週前後)	年 月 日	週	円	円	円
第7回 (妊娠28週前後)	年 月 日	週	円	円	円
第8回 (妊娠30週前後)	年 月 日	週	円	円	円
第9回 (妊娠32週前後)	年 月 日	週	円	円	円
第10回 (妊娠34週前後)	年 月 日	週	円	円	円
第11回 (妊娠36週前後)	年 月 日	週	円	円	円
第12回 (妊娠37週前後)	年 月 日	週	円	円	円
第13回 (妊娠38週前後)	年 月 日	週	円	円	円
第14回 (妊娠39週前後)	年 月 日	週	円	円	円
受診医療機関 又は助産所	名 称	●●レディースクリニック <span style="float: right;">㊟</span>			
	住 所	●●●—●●●● ▲▲県●●市■□■□			
	電話番号	●●●●—●●—●●●●			

実際に受診した週数を記入してください

かかった妊婦一般健診料金を記入してください

かかった超音波検査料金を記入してください

妊婦一般健診料金と超音波検査料金の合計額を記入してください