

始良市長 殿

申請者 住 所
氏 名
連絡先

始良市多胎妊婦の妊婦健康診査受診費償還払い助成金申請書

始良市多胎妊娠の妊婦健康診査支援事業実施要綱第4条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり助成金について申請します。

記

	受 診 日	申請額	基準額	助成額※市記入欄
①	年 月 日	円	5,000 円	円
②	年 月 日	円	5,000 円	円
③	年 月 日	円	5,000 円	円
④	年 月 日	円	5,000 円	円
⑤	年 月 日	円	5,000 円	円
※太枠内を記入してください。			助成額合計	円

【同意書】

本申請にあたり、市が申請に必要な健診費用について、医療機関へ情報収集することに同意します。

《氏 名》

◎申請上の注意

- この申請書は、始良市に住民票を有する多胎児を妊娠している者で、通常14回の妊婦健康診査の支援を超える妊婦健康診査を受診された方が受診費の払戻しを受けるための書類です
- 申請者は、医療機関発行の領収書、明細書、母子健康手帳の写し、を添付してください。
- 海外で実施した健康診査、健康保険適用の診療、基本的な妊婦健康診査を実施していない診療、文書料等にかかる費用は対象となりません。
- 助成金は、5,000円を上限とし自己負担をした費用と比較して少ない方の金額になります。
- 申請期限は、出産日から起算して6か月以内です。

《市職員記入欄》 本人確認済