

妊産婦等健康診査等受診費償還払い助成金申請書

年 月 日

始良市長 殿

始良市妊産婦等健康診査等事業実施要綱第9条及び第11条の規定により、関係書類を添えて次のとおり受診費に係る償還払い助成金について申請します。

※太枠内を記入してください。

氏名（受診者）		生年月日	年 月 日
住所		電話番号	
氏名（新生児）		生年月日	年 月 日
住所	※申請者と同一住所の場合は記入不要		
検査項目	受診日	申請額	基準額 助成額※市処理欄
妊婦健康診査（1回目）	年 月 日	円	19,180円 円
妊婦健康診査（2回目）	年 月 日	円	5,020円 円
妊婦健康診査（3回目）	年 月 日	円	5,020円 円
妊婦健康診査（4回目）	年 月 日	円	9,800円 円
妊婦健康診査（5回目）	年 月 日	円	5,020円 円
妊婦健康診査（6回目）	年 月 日	円	7,120円 円
妊婦健康診査（7回目）	年 月 日	円	5,020円 円
妊婦健康診査（8回目）	年 月 日	円	10,120円 円
妊婦健康診査（9回目）	年 月 日	円	5,020円 円
妊婦健康診査（10回目）	年 月 日	円	6,320円 円
妊婦健康診査（11回目）	年 月 日	円	10,010円 円
妊婦健康診査（12回目）	年 月 日	円	5,020円 円
妊婦健康診査（13回目）	年 月 日	円	5,020円 円
妊婦健康診査（14回目）	年 月 日	円	5,020円 円
HTLV-1抗体検査	年 月 日	円	850円 円
			計 円
産婦健康診査（産後2週間）	年 月 日	円	5,000円 円
産婦健康診査（産後1か月）	年 月 日	円	5,000円 円
			計 円
新生児聴覚検査（初回）	年 月 日	円	3,000円 円
新生児聴覚検査（確認）	年 月 日	円	3,000円 円
			計 円
			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、始良市に住所を有する方で、国内の医療機関において妊産婦等健康診査等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、受診票、通帳の写しを添付してください。
- 保険診療分は、この助成金の対象になりません。助成基準額を上限として、健康診査等に要した費用を助成します。健康診査等に要した費用が助成基準額に満たない場合は、実際に支払った金額を助成額とします。HTLV-1抗体検査については、850円を上限として助成します。検査に要した費用が850円に満たない場合は、実際に支払った金額を助成額とします。
- 受診費に係る助成金の申請期限は、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