

足利市妊産婦健康診査助成申請書

年 月 日

足利市長 あて

申請者（健診受診者）

〒

住 所 _____

ふりがな

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号 _____

下記のとおり県外医療機関で受診しましたので、領収書の写し及び妊産婦健康診査受診票を添えて、足利市妊産婦健康診査費の助成申請をします。

なお、本申請に係る審査のため、住民登録情報の閲覧と、必要時市が受診医療機関(助産所を含む)に受診状況等の確認を行うことについて承諾します。

受診医療機関	名称		電話番号	
	所在地			

振込先口座情報

振込先金融機関名（ゆうちょ銀行を含む）		口座名義人（カタカナ）	種別	口座番号
銀行	本店		普通	
信金	支店／支所		当座	

*申請者と口座名義人は同一とする。

助成対象健診	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目	7回目
健診受診日							
助成申請額(円)							
助成対象健診	8回目	9回目	10回目	11回目	12回目	13回目	14回目
健診受診日							
助成申請額(円)							
助成対象健診	15回目	16回目	17回目	18回目	19回目	産後2週間	産後1カ月
健診受診日							
助成申請額(円)							
*15回目から19回目は多胎妊婦のみ					合計	円	

注意：妊婦一般健康診査受診票第1回を使用した場合は20,000円、第8回を使用した場合は11,000円、第11回を使用した場合は9,000円、それ以外の妊婦一般健康診査受診票及び産婦健康診査受診票を使用した場合にあっては、5,000円を限度に助成する。

注意：受診した日の属する月の翌月の初日から起算して1年以内に、健康増進課に持参してください。規定する期限を経過した申請は、受付できませんのでご了承ください。