

様式第 1 号（第 5 条第 1 項関係）

上山市妊婦健康診査事業契約外医療機関で受診した妊婦に対する
補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

上山市長 様

上山市妊婦健康診査事業契約外医療機関で受診した妊婦に対する補助金交付要綱第 2 条に定める要件に該当しますので、同要綱第 5 条第 1 項の規定により、補助金の交付を申請します。

1 申請者（妊婦健康診査の受診者）

申 請 者	住 所	〒 上山市											
		電話番号 — —											
	(ふりがな) 氏 名	Ⓔ				生年月日	S・H	年	月	日			
	母子健康手帳番号					個人番号							
	出産予定日又は出産月日					年 月 日							

2 振込先（申請者本人名義の口座）

通 常 口 座	金融機関コード						—												
	金融機関名		銀行 金庫 農協 信用組合 本店 本所 支店 出張所																
	預金種目		1 普通預金 2 当座預金				口座番号											←右づめで記入して下さい。	
	口座名義人	カナ																	
		漢字																	

3 補助金交付申請金額

	円
--	---

4 医療機関名及び所在地

医 療 機 関 名	所 在 地

5 契約外医療機関における妊婦健康診査実施状況

申請 (該当するものに○)	時期	回数	里帰り先における補助対象となる 健診受診年月日	健診時の 妊娠週数	自己負担額	補助金交付申請額
	妊娠初期 ↓ 妊娠 23 週	初 回	年 月 日	週	円	円
		2 回目	年 月 日	週	円	円
		3 回目	年 月 日	週	円	円
		4 回目	年 月 日	週	円	円
	妊娠 24 週 ↓ 妊娠 35 週	5 回目	年 月 日	週	円	円
		6 回目	年 月 日	週	円	円
		7 回目	年 月 日	週	円	円
		8 回目	年 月 日	週	円	円
		9 回目	年 月 日	週	円	円
		1 0 回目	年 月 日	週	円	円
	妊娠 36 週 ↓ 出産	1 1 回目	年 月 日	週	円	円
		1 2 回目	年 月 日	週	円	円
		1 3 回目	年 月 日	週	円	円
		1 4 回目	年 月 日	週	円	円
		HTLV－1 抗体検査	年 月 日	週		
	性器クラミジア抗原検査		年 月 日	週		
	子宮頸がん検診		年 月 日	週		
	超音波検査特定(初回)		年 月 日	週		
	超音波検査特定(2回目)		年 月 日	週		
	超音波検査特定(3回目)		年 月 日	週		
	超音波検査特定(4回目)		年 月 日	週		
補助金申請合計額					円	

＊ 該当する申請欄に○を付け所定の事項をご記入ください。

＊ 補助金の上限額は初回 10,000 円、2 回目から 14 回目までは上限額 5,000 円、HTLV-1 抗体検査は 2,290 円、性器クラミジア抗原検査は 2,100 円、子宮頸がん検診 3,400 円、超音波検査特定(初回) 5,300 円、超音波検査特定(2 回目から 4 回目) 4,770 円となります。支払った金額とは異なりますのでご注意ください。

＊ ご提出いただいた個人情報、妊婦健康診査補助金交付以外の目的で利用することはありません。

＊ 以下の書類を添付してください。

- ① 受診した医療機関・助産所の領収書(受診者氏名・健診年月日・領収金額・医療機関名の確認ができるもの)又は支払いが証明できるもの(*レシートは不可)
- ② 未使用の妊婦健康診査受診票(妊婦氏名を記入したもの)
- ③ 母子健康手帳の妊娠中の経過のコピー
(領収書の日付と同日の診療月日が記載されている頁に限る)
- ④ 母子健康手帳の子の保護者・出生届出済証明のコピー