

上山市妊婦歯科健康診査費の補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

上山市長 様

上山市妊婦歯科健康診査契約外医療機関で受診した費用に係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（妊婦歯科健康診査の受診者）

申請者	(ふりがな) 氏名		生年月日	年 月 日
	⑩		妊婦歯科健康診査 受診票交付番号	
	住所	〒 上山市 電話番号 — —		

2 契約外医療機関における妊婦歯科健康診査実施状況

歯科健診受診年月日	健診時の 妊娠週数	自己負担額 (A)	上限額 (B) ※	申請金額 (AとBのうち少ない額)
年 月 日	週	円	円	円

※上限額（B）は各年度において上山市が定めた金額が上限となります。

3 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	口座番号										←右づめで 記入して下さい。
	口座 名義人	カナ												
	漢字													

4 補助金交付申請金額

	円
--	---

5 医療機関名及び所在地

医 療 機 関 名	所 在 地

注意事項

- 1 上山市妊婦歯科健康診査契約外医療機関で、自己負担により妊娠期間中に歯科健診を受けた場合に、妊婦歯科健康診査に係る補助金交付申請ができます。
- 2 補助金の対象となるのは、保険適用外（自費）の費用のみです。
- 3 補助金の振込先の金融機関は、申請者名義の銀行口座をご記入ください。
- 4 補助金の申請期限は、妊婦歯科健診を受診した日から6か月を経過した日が属する月の末日までとなります。

添付書類

- ① 医療機関が発行した妊婦歯科健診を受けたことが分かる領収書原本（レシート不可）
※「歯科健診」と記載されていて、受診者氏名、健診年月日、健診費用、医療機関名の確認ができるもの。
※保険診療扱い分は対象となりません。保険適用外（自費）分のみ申請してください。
- ② 受診結果が記載された上山市妊婦歯科健康診査受診票又は必要事項が記載された妊婦歯科健診結果が分かるもの
- ③ 申請者名義の通帳と印鑑（シャチハタ不可）

※ 補助金の額については、医療機関で実際に支払った健診費用と各年度において上山市が定めた費用額のいずれか少ない額とします。

※ 申請受付後、内容を精査し交付決定通知をお送りします。
申請受付日から約1月後に指定された口座へ振り込みます。