

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 本店 金庫 本所 農協 支店 信用組合 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																				

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	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
		妊娠 23 週	4回目	年 月 日	週	円
	妊娠 24 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
		妊娠 35 週	9回目	年 月 日	週	円
	妊娠 36 週	10回目	年 月 日	週	円	円
		11回目	年 月 日	週	円	円
	↓	12回目	年 月 日	週	円	円
		13回目	年 月 日	週	円	円
	出産	14回目	年 月 日	週	円	円
	HTLV-1 抗体検査		年 月 日	週	円	円
	性器クラミジア抗原検査		年 月 日	週	円	円
	子宮頸がん検診		年 月 日	週	円	円
	超音波検査特定(初回)		年 月 日	週	円	円
	超音波検査特定(2回目)		年 月 日	週	円	円
	超音波検査特定(3回目)		年 月 日	週	円	円
	超音波検査特定(4回目)		年 月 日	週	円	円
補助金申請合計額						円

【注意事項】

- (1) 該当する申請欄に○を付け所定の事項をご記入ください。
- (2) 補助金の公費負担上限額は、初回 16,480 円、2.4.8 回目は 5,270 円、3.6.7.9.10.12.13.14 回目は 5,790 円、5 回目は 8,680 円、11 回目は 10,530 円、HTLV-1 抗体検査は 1,590 円、性器クラミジア抗原検査は 3,780 円、子宮頸がん検診は 3,650 円、超音波検査（4 回分、1 回につき）5,300 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。
- (3) 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。
- (4) 以下の書類を添付してください。
 - ①妊婦健康診査に係る明細書、領収書（原本）
 - ※受診者氏名・健診年月日・健診費用・医療機関名等の確認ができるもの
 - ②未使用の妊婦健康診査受診票（太枠内の氏名等を記入したもの）
 - ③母子健康手帳の写し（「妊娠中の経過」の記入がされている箇所）
 - ④振込先金融機関口座が確認できる書類（申請者名義の通帳の写し等）