

調布市長 宛

調布市多胎妊婦健康診査費助成金交付申請書

調布市多胎妊婦健康診査費助成金交付要綱第5の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

また、この申請の内容について、公簿等との照合及び医療機関へ確認することに同意します。

同意欄 氏名

太枠の中をご記入ください。

申請者	ふりがな		受診者との続柄	
	氏名			
	住所			
	電話番号			

※申請者は妊婦健康診査の受診者又は受診者と同居所で生計同一の方に限ります。

妊婦健康診査 受診者	ふりがな	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ				生年月日	年 月 日		
	氏名		受診日	受診機関名	健診費用 自己負担額	基準額	助成額	備考	
申請内訳			年 月 日		円	円	円		
			年 月 日		円	円	円		
			年 月 日		円	円	円		
			年 月 日		円	円	円		
			年 月 日		円	円	円		
合 計							円		

※調布市に住民登録がある期間内の妊婦健康診査が助成対象となります。

※妊婦健康診査の検査項目の範囲内であり、健康保険の適用を受けていないものが助成対象となります。

※助成対象となる検査に係る自己負担額と基準額を比較して少ない方の額が助成額になります。

※申請期間は出産日（流産又は死産の場合は最後の受診日）から起算して1年以内です。

振込先 ※口座名義は申請者のものに限ります。

金融機関名	コード					支店名	コード			
預金口座	普通 ・ 当座		口座番号							
フリガナ										
口座名義										

(裏)

〈必要書類〉

- 1 妊婦健康診査費用の支払いを証明する書類の原本（領収書等）
- 2 母子健康手帳に記載された妊婦健康診査の記録の写し（多胎児全員分）
- 3 その他市長が必要と認める書類（必要に応じて提出していただく場合があります。）