

調布市長宛

申請者 住所 〒

氏名

電話番号

健診受診者氏名

調布市妊婦健康診査費用助成金交付申請書

調布市妊婦健康診査実施要綱に基づく妊婦健康診査について、里帰り出産等の理由により、「委託医療機関等以外の医療機関等」で受診し費用を負担したもので、これに係る助成金の交付について次のとおり申請します。

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 _____

下記太枠内のみご記入ください。

受診回	受診日	受診機関名	自己負担額 (領収書記載額)	審査助成額	備考
回目	年 月 日		円	円	
回目	年 月 日		円	円	
回目	年 月 日		円	円	
回目	年 月 日		円	円	
回目	年 月 日		円	円	
回目	年 月 日		円	円	
回目	年 月 日		円	円	
回目	年 月 日		円	円	
回目	年 月 日		円	円	
回目	年 月 日		円	円	
回目	年 月 日		円	円	
回目	年 月 日		円	円	
回目	年 月 日		円	円	
回目	年 月 日		円	円	
回目	年 月 日		円	円	

（裏面へ続く）

(裏)

受診回	受診日	受診機関名	自己負担額 (領収書記載額)	審査助成額	備考
超音波 検査	年 月 日		円	円	
	年 月 日		円	円	
	年 月 日		円	円	
	年 月 日		円	円	
子宮頸がん 検診	年 月 日		円	円	
助成額合計				円	

(注) 助成額合計欄は市で記入します。

振込口座 (注) 口座名義は申請者のものに限りませす。

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									

〈必要書類〉

- 1 領収書及び明細書の原本 (妊婦健診の検査項目について明細が記載されていることを確認してください。)
- 2 未使用の受診票 (助成回数と同じ枚数が必要です。)
- 3 母子健康手帳の「出生届出済証明書^{※1}」と「妊婦健診の受診記録^{※2}」が記載されている箇所のコピー
※1 流産又は死産の方は空欄で構いません。
※2 記録がない妊婦健診は助成できません。

〈注意事項〉

- 1 委託医療機関等で受診した場合の健診単価の範囲内で実際にかかった費用のみを助成します。(医療費は対象となりません。)
- 2 委託医療機関等以外の医療機関等 (市長と委託契約を締結していない診療科目に産婦人科を掲げる都内の医療機関等及び都外の医療機関等) で受診した妊婦健康診査に要した費用が助成の対象です。ただし、第1回目については、委託医療機関以外の医療機関で受診した妊婦健康診査に要した費用が助成の対象となります。
- 3 申請期間は出産後、出産日の翌日から起算して1年間です。流産又は死産の方は、健診を最後に受診した日の翌日から起算して1年間です。
- 4 調布市に住民登録がある期間内の妊婦健康診査に限られます。