

(様式第1号)

## 天童市里帰り等妊婦健康診査費用助成申請書

年 月 日

天童市長 様

医療機関の領収書を添付のうえ、次のとおり妊婦健康診査費用の助成を申請します。

申請者	郵便番号	994-	電話番号	-	-
	現住所	天童市			
	フリガナ				生年月日
	氏名	旧姓( )			S・H 年 月 日
	出産予定日	年 月 日	母子健康手帳番号		

下記に口座振替(送金)を依頼します。

振込先口座	金融機関名				本・支店名	本店・	支店
	金融機関コード				店番号		
	フリガナ						
	口座名義						
	口座種別	普通・当座・その他( )					
	口座番号						

\*口座番号は右詰で記入してください。

里帰り等妊婦健康診査実施状況 (※健康課使用欄)

医療機関名 および所在地		(電話番号 - - )		
回数	健診受診年月日	健診時の 妊娠週数	自己負担額	助成金申請額
1回目	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
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
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
14回目	年 月 日	週	円	円
助成申請合計額				円

※費用助成の上限額は第1回目10000円、2回目から14回目までは5,000円となります。

(ただし、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、子宮頸がん検診は3,400円、超音波検査は初回5,300円2~4回4,770円を上限として上乘せする)

※妊婦健康診査費用が上限額に満たない場合は、医療機関での費用額が助成額となります。