

記入例

申請日

令和〇〇年〇月〇〇日

調布市長 宛

申請者住所 **調布市小島町〇-〇-〇**
 申請者氏名 **調布 花子**
 健診受診者氏名 **調布 花子**
 電話番号 **042 - 441 - 6100**

申請者は、健診受診者本人か配偶者を記載してください。

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、「委託医療機関以外の医療機関」又は「助産所」で受診し費用を負担したの、これにより申請します。

保険適用額(薬代等)を抜いた金額をご記入ください。受診票に記載のある検査項目が助成対象となります。

申請者氏名

同意欄 氏名 **調布 花子**

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
8 回目	令和〇年〇月〇日	〇〇クリニック	8,500 円	円	
9 回目	令和〇年〇月〇日	〇〇クリニック	5,000 円	円	
10 回目	令和〇年〇月〇日	〇〇クリニック	6,500 円	円	
11 回目	令和〇年〇月〇日	〇〇クリニック	5,000 円	円	
回目	年 月 日				
回目	年 月 日				
回目	月 日				
回目					
			円	円	
			円	円	
			円	円	
回目	年 月 日		円	円	
回目	年 月 日		円	円	

助成額の欄は市の担当者が記入します。
 ※助成可能な検査項目に係る自己負担額と助成限度額を比較し、少ない方の額が助成額になります。

受診回を記入してください。受診回は、母子健康手帳の「妊娠中の経過欄」の行数に対応する回となります。
 例)妊娠中の経過欄5行目の健診を申請したい。→申請書に5回目と記入

(裏面へ続く)

4回分の受診票のうち、都外の医療機関(助産院を除く)で
使用した分を記入してください。

受診回	受診日	医療機関名	診療費 (医療費記載額)	審査助成額	備考
超音波	令和〇年〇月〇日	〇〇クリニック	5,500円	円	
	令和〇年〇月〇日	〇〇クリニック	5,500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ん。

金融機関名	コード	0	0	0	0	支店名	コード	1	2	3
	〇〇銀行						〇〇支店			
預金口座	普通	当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
フリガナ	チョウフ ハナコ									
口座名義	調布 花子									

申請者の口座を記載してください。申請者が配偶者の場合は、配偶者の口座を記載してください。

〈必要書類〉

- 1 各受診した医療機関から発行された領収書 (コピー不可)
- 2 未使用の受診票 (4回分の枚数が必要です。)
- 3 母子健康手帳をお持ちください。出産日と受診記録が記載されている箇所の写しをとらせていただきます。

〈注意事項〉

- 1 委託医療機関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 委託医療機関以外の医療機関 (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及び都外の医療機関) 及び助産所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。
- 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。