

## 妊産婦健康診査助成金交付申請書

釧路市長 あて

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

私は、釧路市妊産婦健康診査実施要綱 6 の規定に基づき、助成金の交付を申請します。

申請者	住所 電話番号	(〒 ○○○ - ○○○○ ) 釧路市○○町 1 - 2 - 3 <span style="float: right;">○○○-○○○○-○○○○</span>		
	ふりがな	くしろ はなこ		
	氏名	釧路 花子		
妊産婦氏名		<input checked="" type="checkbox"/> 上記と同じ <input type="checkbox"/> 上記と異なる (氏名 )		
母子健康手帳番号		○○○○○○○	助成金申請額	_____円

**【添付書類】** 未使用の妊婦一般健康診査受診票（超音波検査含む）及び産婦健康診査受診票、妊産婦健康診査に係る医療機関等の領収書（妊産婦健康診査とわかるもの）及び明細書の写し、母子健康手帳の「妊娠中の経過」の写し

- ※ 助成対象となるのは、妊婦一般健康診査は最大 1 4 回、超音波検査は最大 6 回、産婦健康診査は最大 2 回です。
- ※ 自己負担額（保険診療外分）が上限を下回った場合は、自己負担額が上限額となります。

----- (以下、市記入欄のため記入しないでください) -----

		助成金上限額	支払額(保険診療外 自己負担分)	助成額
妊婦 一般健康 診査	1 回目 ( 8 週前後)		円	円
	2 回目 (1 2 週前後)		円	円
	3 回目 (1 6 週前後)		円	円
	4 回目 (2 0 週前後)		円	円
	5 回目 (2 4 週前後)		円	円
	6 回目 (2 6 週前後)		円	円
	7 回目 (2 8 週前後)		円	円
	8 回目 (3 0 週前後)		円	円
	9 回目 (3 2 週前後)		円	円
	1 0 回目 (3 4 週前後)		円	円
	1 1 回目 (3 6 週前後)		円	円
	1 2 回目 (3 7 週前後)		円	円
	1 3 回目 (3 8 週前後)		円	円
	1 4 回目 (3 9 週前後)		円	円
超音波 検査	1 回目		円	円
	2 回目		円	円
	3 回目		円	円
	4 回目		円	円
	5 回目		円	円
	6 回目		円	円
産婦	1 回目		円	円
	2 回目		円	円
合 計				円

受付	担当