

妊婦一般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、釧路市妊婦一般健康診査実施要綱 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	(〒 -)		
	フリガナ			
	氏名			
	電話番号			
妊婦氏名		<input type="checkbox"/> 上記と同じ <input type="checkbox"/> 上記と異なる (妊婦氏名)		
出産予定日		令和 年 月 日	母子手帳番号	
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、妊婦健康診査に係る医療機関等の領収書 (妊婦健康診査とわかるもの) 及び明細書、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、北海道内及び北海道外での健診を合算して妊婦一般健康診査は最大 1 4 回、超音波検査は最大 6 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
合 計				円

受付	担当