

第1号様式（第11関係）

（表）

年 月 日

調布市長 宛

申請者住所

申請者氏名

健診受診者氏名

電話番号

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

受診回	受診日	受診機関名	自己負担額 (領収書記載額)	助成金申請額	備考
1回目	年 月 日		円	円	
2回目	年 月 日		円	円	
3回目	年 月 日		円	円	
4回目	年 月 日		円	円	
5回目	年 月 日		円	円	
6回目	年 月 日		円	円	
7回目	年 月 日		円	円	
8回目	年 月 日		円	円	
9回目	年 月 日		円	円	
10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)	助成金申請額	備考
11回目	年 月 日		円	円	
12回目	年 月 日		円	円	
13回目	年 月 日		円	円	
14回目	年 月 日		円	円	
超音波	年 月 日		円	円	
子宮頸がん 検診	年 月 日		円	円	
助成申請額合計				円	

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				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 各受診回に対応する医療機関又は助産所が発行した領収書 (コピー不可)
- 2 未使用の「妊婦健康診査受診票」(申請回数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真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。