

# 美馬市妊婦及び産婦健康診査費助成申請書

年 月 日

美馬市長 様

申請者 〒 \_\_\_\_\_

住所 美馬市 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

電話 \_\_\_\_\_

受診者との関係 本人 ・ 配偶者 ・ その他( \_\_\_\_\_ )

妊(産)健康診査費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。  
(太枠内を御記入ください。)

受診者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	氏名			電話		
		住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	美馬市			
	生年月日	年 月 日生 ( 歳)	出産(予定)日	年 月 日			
受診日		受診週数	医療機関	支払額(1)	助成上限額		申請額(3)
					区分	(2)	
①	年 月 日						
②	年 月 日						
③	年 月 日						
④	年 月 日						
⑤	年 月 日						
⑥	年 月 日						
⑦	年 月 日						
⑧	年 月 日						

※ (1)の支払額は、妊(産)婦健康診査に係った費用(保険外診療)を記入のこと  
※ (3)は、(1)と(2)を比較して少ない方の額を記入のこと

申請額合計	
-------	--

区分	1	2	3	4	5
受診票	赤色	水色	ピンク色	白色	オレンジ色
上限枚数	1	9	4	2	2
助成上限額					

【振込口座】

金融機関名	銀行 金庫 農協	本・支店	支店コード	
		本・支所 出張所	種別	普通 ・ 当座
フリガナ		口座番号		
口座名義				

※ 添付書類 (1) 領収書及び診療明細書  
(2) 母子健康手帳の写し  
(3) 妊婦一般健康診査受診票又は産婦健康診査受診票

----- 以下市記載欄 -----

処理欄	助成決定額	円	担当者確認印	
-----	-------	---	--------	--

※ 助成限度額(美馬市妊婦及び産婦健康診査費助成事業実施要綱第5条参照)  
※ 助成回数は14回までであるが、分娩予定日を超過した場合の妊婦健康診査については追加が可能。  
また、多胎妊婦においては、区分4の2回が追加可能。