様式第１号（第４条関係）

妊産婦健康診査費等助成申請書

　下記のとおり関係書類を添えて妊産婦健康診査費等の助成を申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | （ふりがな）  氏　　名 | | | | 生　年　月　日 | | | | | |
| 助成対象者（受診者） | | | | （　　　　　　　　　） | | | | 年　　月　　日  　　　　　（　　歳） | | | | | |
| 助成対象者の配偶者※ | | | | （　　　　　　　　　） | | | | 年　　月　　日  　　　　　（　　歳） | | | | | |
| 助成対象者の住所 | | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　（　　） | | | | | | | | | | | |
| 申請者（口座名義人と同一であること）  氏　名  　妊産婦健康診査等受診のため支出した額　金　　　　　　　　　　円  申請金額　金　　　　　　　　　円（上限：　　　　　　円）  　　　年　　月　　日  岩出市長　様 | | | | | | | | | | | | | |
| 振込先 | 金 融 機 関 名 | | 銀行・金庫・農協 　本店・支店・出張所 | | | | | | | | | | |
| 預　金　種　別 | | 普通・当座 | | 口座番号 |  |  | |  |  |  |  |  |
| 口 座 名 義 人  (申請者と同一であること) | |  | | | | | | | | | | |

注　申請者欄には、助成対象者(受診者)又はその配偶者の氏名を記載してください。

なお、助成対象者(受診者)が申請者となる場合は、※欄は記入不要です。

様式第２号（第４条関係）

妊産婦健康診査費等支払証明書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （ふりがな）  受診者の氏名 | 生年月日 | 住所 |
|  | 年　　月　　日 | 〒 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 健康診査内容 | 助成  上限額 | 受診年月日 | 受診費用  （本人負担額） |
| 第１回（８週前後） | 15,000円 | 年　　月　　日 |  |
| 第２回（１２週前後） | 3,000円 | 年　　月　　日 |  |
| 第３回（１６週前後） | 3,000円 | 年　　月　　日 |  |
| 第４回（２０週前後） | 3,000円 | 年　　月　　日 |  |
| 第５回（２４週前後） | 6,100円 | 年　　月　　日 |  |
| 第６回（２６週前後） | 3,000円 | 年　　月　　日 |  |
| 第７回（２８週前後） | 3,000円 | 年　　月　　日 |  |
| 第８回（３０週前後） | 4,600円 | 年　　月　　日 |  |
| 第９回（３２週前後） | 3,000円 | 年　　月　　日 |  |
| 第１０回（３４週前後） | 3,000円 | 年　　月　　日 |  |
| 第１１回（３６週前後） | 4,600円 | 年　　月　　日 |  |
| 第１２回（３７週前後） | 3,000円 | 年　　月　　日 |  |
| 第１３回（３８週前後） | 3,000円 | 年　　月　　日 |  |
| 第１４回（３９週前後） | 3,000円 | 年　　月　　日 |  |
| ＨＩＶ抗体価検査  風疹ウイルス抗体価検査 | 2,100円 | 年　　月　　日 |  |
| ＧＢＳ検査 | 2,050円 | 年　　月　　日 |  |
| 性器クラジミア検査 | 3,250円 | 年　　月　　日 |  |
| 超音波検査第１回（８週～20週） | 5,300円 | 年　　月　　日 |  |
| 超音波検査第２回（８週～20週） | 5,300円 | 年　　月　　日 |  |
| 超音波検査第３回（24週～34週） | 5,300円 | 年　　月　　日 |  |
| 超音波検査第４回（36週～出産） | 5,300円 | 年　　月　　日 |  |
| ＨＴＬ－１抗体検査 | 2,290円 | 年　　月　　日 |  |
| 新生児聴覚検査 | 5,000円 | 年　　月　　日 |  |
| 産婦健診第１回（２週間後） | 5,000円 | 年　　月　　日 |  |
| 産婦健診第２回（１か月後) | 5,000円 | 年　　月　　日 |  |
| 多胎妊婦健診（追加１回分） | 5,000円 | 年　　月　　日 |  |
| 多胎妊婦健診（追加２回分） | 5,000円 | 年　　月　　日 |  |
| 多胎妊婦健診（追加３回分） | 5,000円 | 年　　月　　日 |  |
| 多胎妊婦健診（追加４回分） | 5,000円 | 年　　月　　日 |  |
| 多胎妊婦健診（追加５回分） | 5,000円 | 年　　月　　日 |  |

上記のとおり証明します。

年　　月　　日

（医療機関又は助産所）

所在地

名　称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　㊞

岩出市長　様