

甲府市妊婦一般健康診査費等助成金交付申請書

（あて先）甲府市長 様

記入例

次の記載について、相違ありません。

甲府市妊婦一般健康診査費等助成金交付のため、甲府市が支給の決定に関し、必要に応じて私の個人情報を見直し確認すること承諾します。また、助成の適正を判断するために必要な場合は、医療機関等に受診等証明の内容を照会することを同意します。

なお、助成金に

朱肉を使用する印鑑で押印

令和 年 月 日

妊婦氏名	甲府 花子 (印)	生年月日	昭和 〇〇年〇〇月〇〇日 平成
住所	〒 甲府市 〇〇1丁目〇〇-〇 △△アパート101号室		
日中の連絡先 (電話番号)	080-〇〇〇〇-△△△△ (日中、本人と連絡が取れる番号)		
母子健康手帳番号	〇〇-△△△△	出産(予定)日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
申請額	記載しないでください		円 (裏面参照)

※振込先は妊婦名義の口座にしてください。

指定口座	金融機関名	金融機関番号				支店名	支店番号			
	〇〇〇	銀行 金庫 組合 農協	1	2	3	4	〇〇〇 支店	5	6	7
	預金種目	口座番号				口座名義 (カタカナ)				
	1 普通 2 当座	1234567				コウフ ハナコ				

(注意)

- 申請は、出産したお子さんが1歳の誕生日を過ぎた後に行ってください。
- 申請書は、朱肉を使用する印鑑で押印してください。
- 領収書、診療明細書、妊婦一般健康診査受診証明書、母子健康手帳と印鑑（朱肉用）、妊婦名義の口座の通帳を添付してください。
- 次の要件を満たしていない領収書は添付できません。
①受診者氏名 ②診療年月日 ③妊婦健康診査費用金額（医療保険対象外が分かるもの）
④発行者（医療機関等）名 ⑤発行年月日

**妊婦の名義の口座にしてください。
旧姓の場合は、旧姓であることが分かる書類を添付してください。（運転免許証の裏面、戸籍謄本など）**

領収書の要件を満たしていない場合は、裏面の太枠内を受診した医療機関等に記入してもらってください。

【 申 請 額 内 訳 】

医療機関等記載欄					
医療機関名 所在地				(印)	
妊婦氏名	次の①～⑤が記載されていない領収書の場合は、太枠内を受診した医療機関に証明してもらう必要があります。 ①受診者氏名 ②診療年月日 ③妊婦健康診査費用金額 (医療保険対象外が分かるもの) ④発行者(医療機関等)名 ⑤発行年月日			費用	申請額 ※1
上記の者について				円	円
健康診査				円	円
受診票				円	円
受診票				円	円
受診票				円	円
受診票	円	円			
受診票 6回目	年 月 日	円	円		
受診票 7回目	年 月 日	円	円		
受診票 8回目	年 月 日	円	円		
受診票 9回目	年 月 日	円	円		
受診票 10回目	年 月 日	円	円		
受診票 11回目	年 月 日	円	円		
受診票 12回目	年 月 日	円	円		
受診票 13回目	年 月 日	円	円		
受診票 14回目	年 月 日	円	円		
受診票 15回目 ※2	年 月 日	円	円		
受診票 16回目 ※2	年 月 日	円	円		
受診票 17回目 ※2	年 月 日	円	円		
受診票 18回目 ※2	年 月 日	円	円		
受診票 19回目 ※2	年 月 日	円	円		
追加検査 ①	年 月 日	円	円		
追加検査 ②	年 月 日	円	円		
追加検査 ③	年 月 日	円	円		
追加検査 ④	年 月 日	円	円		
追加検査 ⑤	年 月 日	円	円		
追加検査 ⑥	年 月 日	円	円		
申請額合計 (表面の申請額に記載)			円		

記入しないでください。
(※窓口で助成額を確認後に記入します)

※1: 申請額については、妊婦一般健康診査は6,000円、追加検査①は8,000円、追加検査②,③,④,⑥は1,000円、追加検査⑤は1,750円を上限に記入してください。妊婦健康診査や追加検査の費用が上限を下回る場合は、その金額となります。追加検査については、妊婦一般健康診査と同日の検査のみ対象となります。

※2: 15回目から19回目については、令和3年4月1日以降に多胎を妊娠している妊婦が受診した妊婦一般健康診査が助成の対象となります。