

（宛先）山形市長

申請者 住所 山形市  
フリガナ  
氏名  
電話番号 ( )

山形市里帰り等妊婦健康診査補助金交付申請書兼請求書

山形市里帰り等妊婦健康診査補助金交付規程第5条の規定に基づき、里帰り等妊婦健康診査補助金の交付について、関係書類を添えて次のとおり申請します。

なお、当該補助金の交付の決定に当たり、私の住民基本台帳について調査することに同意します。

※注意書をお読みの上、太枠の中を御記入ください。

受診者	フリガナ氏名		生年月日	年 月 日
	出産予定日 (出産日)	年 月 日	母子健康手帳交付年月日 母子健康手帳No.	年 月 日

※補助金の交付の対象となる妊婦健康診査は、委託医療機関以外の医療機関において山形市の妊婦健康診査補助券又は受診票を使用せず受診した妊婦健康診査です。

里帰り等妊婦健康診査 実施医療機関名	所在地	電話番号

補助金振込先				
金融機関名		預金種目	口座名義	口座番号
銀行	店	1. 普通	フリガナ	
金庫	支店	2. 当座		
組合	出張所	3. その他		

- 注) 1 委託医療機関以外で自己負担により妊婦健康診査を受けた場合に、補助金の交付申請及び請求ができません。
- 2 補助金の額は、医療機関に支払った金額とは異なる場合がありますので、御注意ください。
- 3 補助金の振込先の金融機関は、申請者名義の銀行口座を御記入ください。
- 4 補助金の申請期限は、全ての妊婦健康診査を受診し終えた日又は出産の日から6か月を経過した日が属する月の末日までとなります。

（添付書類）

- 1 医療機関が発行する領収書の原本（保険適用外の妊婦健康診査費用であり、その領収印があるもの）
- 2 診療明細書の写し（HTLV-1抗体検査、子宮頸がん検診（細胞診）、性器クラミジア抗原検査又は超音波検査特定を受けた場合は、その証明ができる診療明細書の写し）
- 3 未使用の妊婦健康診査補助券又は受診票（妊婦の氏名を記入したもの）
- 4 母子健康手帳の「妊娠中の経過」欄の写し（受診日の記載があるもの）
- 5 補助金の振込先口座の通帳又はキャッシュカードの写し（申請者名義のもの）

市記載欄

起案年月日		收受印
決定年月日		
通知年月日		
決定金額		
受給者番号		

里帰り等妊婦健康診査実施状況（市記載欄）

申請	補助金交付対象となる 妊娠週数	超音波 検査特定	HTLV-1 抗体検査	子宮頸がん 検診(細胞診)	性器クラミジア 抗原検査	健診受診年月日	健診時の 妊娠週数	自己負担額	補助金申請額
	1 回目(妊娠週数によらない)					年 月 日	週	円	円
	2 回目(妊娠 12～15 週頃)					年 月 日	週	円	円
	3 回目(妊娠 16～19 週頃)					年 月 日	週	円	円
	4 回目(妊娠 20～23 週頃)					年 月 日	週	円	円
	5 回目(妊娠 24～25 週頃)					年 月 日	週	円	円
	6 回目(妊娠 26～27 週頃)					年 月 日	週	円	円
	7 回目(妊娠 28～29 週頃)					年 月 日	週	円	円
	8 回目(妊娠 30～31 週頃)					年 月 日	週	円	円
	9 回目(妊娠 32～33 週頃)					年 月 日	週	円	円
	10 回目(妊娠 34～35 週頃)					年 月 日	週	円	円
	11 回目(妊娠 36 週頃)					年 月 日	週	円	円
	12 回目(妊娠 37 週頃)					年 月 日	週	円	円
	13 回目(妊娠 38 週頃)					年 月 日	週	円	円
	14 回目(妊娠 39 週～)					年 月 日	週	円	円
	15 回目(多胎妊婦のみ)					年 月 日	週	円	円
	16 回目(多胎妊婦のみ)					年 月 日	週	円	円
	17 回目(多胎妊婦のみ)					年 月 日	週	円	円
	18 回目(多胎妊婦のみ)					年 月 日	週	円	円
	19 回目(多胎妊婦のみ)					年 月 日	週	円	円
補助金申請合計額									円

領収書を紛失した場合は、支払証明が必要になります。

下記の各項目を医療機関から記入してもらうようにお願いします。

医療機関の皆様へお願い

この申請書は、山形市民が里帰り等により、全額自己負担で受診した回の妊婦健康診査について、全ての妊婦健康診査を受診し終えた後又は出産後にその費用の一部又は全部を補助するための申請書です。

申請者からの依頼がありました際には、下記の項目について御記入くださいますよう、よろしく申し上げます。

問合せ先

医療機関記入欄	妊婦健康診査実施医療機関	健診受診年月日	健診時の妊娠週数	領収金額 (保険適用外分)
	医療機関等の名称及び所在地	年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円
	開設者又は病院長名  印	年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円
	電話番号	年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円
年 月 日		週	円	

※ 医療機関等の名称及び所在地につきましては、スタンプを御利用願います。