

（宛先）山形市長

申請者 住所 山形市
 フリガナ
 氏名 _____
 電話番号 () _____

山形市多胎妊婦健康診査費用助成金交付申請書

私は、山形市多胎妊婦健康診査費用助成事業実施要綱第5条第1項の規定に基づき、多胎妊婦健康診査費用助成金の交付について、関係書類を添えて次のとおり申請します。

※裏面の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

※助成金の交付の対象となる妊婦健康診査は、妊婦1人につき14回の助成回数を超えて自費で受診した妊婦健康診査です。

妊婦健康診査実施医療機関名		所在地			電話番号	
申請	申請する妊婦健診受診回数	健診受診年月日	健診時の 妊娠週数	自己負担額	助成金申請額	
	15回目	年 月 日	週	円	円	
	16回目	年 月 日	週	円	円	
	17回目	年 月 日	週	円	円	
	18回目	年 月 日	週	円	円	
	19回目	年 月 日	週	円	円	
助成金申請合計額					円	
助成金振込先						
金融機関名		預金種目	口座名義		口座番号	
銀行 金庫 組合	店 支店 出張所	1. 普通 2. 当座 3. その他	フリガナ			

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		

- 注) 1 妊婦1人につき14回の助成回数を超えて受診した妊婦健康診査のうち自費で受診したものの
 について、申請欄に○を付けてください。
 2 助成金額の上限は、1回の受診につき5,000円です。
 3 助成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 助成金の申請期限は、全ての助成対象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です。

(添付書類)

- 1 医療機関発行の領収書（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 医療機関発行の診療明細書
- 3 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）

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。

医療機関の皆様へのお願い

この申請書は、多胎妊娠した山形市民が14回の助成回数を超えて、全額自己負担で受診した回の妊婦健康診査について、その費用の一部又は全部を助成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、よろしくお願いします。

	妊婦健康診査実施医療機関	妊婦健康診査年月日	健診時の妊娠週数	領収金額 (保険適用外分)
医療機関記入欄	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
		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。