

様式第1号（第6条関係）

日高市妊婦健康診査助成金交付申請書

年 月 日

（あて先）日高市長

私は、下記のとおり妊婦健康診査を受けましたので、日高市妊婦健康診査助成金交付要綱第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。なおこの申請に基づく助成金の交付の決定に当たり確認等が必要な場合には、受診した医療機関等に市が問い合わせることに同意します。

申請者	郵便番号	—	電話番号	
	現住所			
	フリガナ			
	氏名			
	出産予定日 又は出産日		母子健康手帳 番号	

受診医療機関等の名称	所在地	電話番号

区分	受診年月日	自己負担額	妊娠週数	助成限度額	区分	受診年月日	自己負担額	妊娠週数	助成限度額
1回目	年 月 日			12,860円	10回目	年 月 日			8,000円
2回目	年 月 日			5,000円	11回目	年 月 日			5,000円
3回目	年 月 日			5,000円	12回目	年 月 日			8,000円
4回目	年 月 日			5,000円	13回目	年 月 日			5,000円
5回目	年 月 日			5,000円	14回目	年 月 日			5,000円
6回目	年 月 日			8,000円	HIV抗体検査	年 月 日			2,220円
7回目	年 月 日			5,000円	子宮頸がん検査	年 月 日			3,520円
8回目	年 月 日			8,000円	ヒト白血病ウイルス型抗体検査	年 月 日			2,290円
9回目	年 月 日			5,000円	性器クラミジア検査	年 月 日			2,100円

※太枠内を記入してください。

- この申請書には、次に掲げる書類を添付してください。
 - 受診した医療機関が発行した領収書の写し
 - 未使用の妊婦健康診査受診票・助成券
- この申請書を提出する際には母子健康手帳をお持ちください。
- 助成金の交付の申請は、健康診査の日から出産の日後1年を経過するまでの間に行ってください。
- 助成金の額は、自己負担額と助成限度額とを比較して少ない額となります。