

様式第1号(第8条関係) 年 月 日

妊婦一般健康診査・産婦健康診査公費負担金助成申請書兼請求書
富士見町長 殿
申請者 住所 富士見町
氏名
電話番号 印

妊産婦健康診査を受診しましたので、富士見町妊婦一般健康診査及び産婦健康診査実施要綱に基づき、下記の通り申請(請求)します。

記

妊産婦氏名		生年月日	年 月 日生
住所	富士見町 (申請者住所と同じ場合は記入不要)		
分娩(予定)日	年 月 日		
受診医療機関 又は助産所	住所 名称		
申請事由 (該当するものに○)	・ 委託医療機関等以外の医療機関で受診したため ・ その他 ()		
申請額	円 (※と同額)		

〈添付書類〉・医療機関又は助産所発行の領収書及び明細書の写し
・未使用妊婦一般健康診査受診票及び医療機関等記入済産婦健康診査受診票
・母子健康手帳
・その他町長が必要と認める書類

なお、助成金の振込は下記口座へお願いします。

金融機関名	銀行・信金 信組・農協	本店・支店 本所・支所	当座・普通
口座番号			
口座名義人	(フリガナ)		

*申請者と口座名義人が異なる場合
助成金の受領については、上記口座名義人に委任します。

申請者 印

妊産婦健康診査実施確認(町確認欄)

区分		回数	主な健診内容	基準額(/回)	助成額	備考
妊婦 一般健康診査	基本健診①	1	健康状態の把握・定期検査・保健指導	円	円	
	基本健診②-⑭	13	健康状態の把握・定期検査・保健指導	円	円	
	追加検査①	1	初回血液検査、子宮頸がん細胞診・クラミジア検査	円	円	
	追加検査②	2	血液検査:血算	円	円	
	追加検査③	1	血液検査:血糖	円	円	
	追加検査④	1	B群溶血性レンサ球菌(GBS)	円	円	
	超音波検査	4	超音波検査	円	円	
産婦健康診査		2	問診、診察、体重・血圧測定、尿検査、EPDS	円	円	
				支給決定額(※)		円