

坂戸市妊婦健康診査助成金交付申請書

年 月 日

坂戸市長 あて

申請者 住 所

氏 名

電話番号

助成金の交付を受けたいので、坂戸市妊婦健康診査助成金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

なお、私は、助成金の交付決定に当たり確認等が必要な場合には、市が、受診した医療機関等に問い合わせることに同意します。

記

対象者の氏名		出産（予定） 年 月 日	年 月 日
母子健康手帳 の 交 付 日	年 月 日	母 子 健 康 手 帳 N o .	
受 診 し た 等 医 療 機 関 等	名 称		
	住 所		
	電 話 番 号		

検査項目	支払額	基準額	備考
下記以外の 妊婦健康診査	要綱別表①	円	14,120円
	〃 ②④⑤⑦ ～⑨⑬⑭	円	5,060円
	〃 ③	円	8,060円
	〃 ⑥⑫	円	8,160円
	〃 ⑩	円	8,860円
	〃 ⑪	円	6,460円
子宮頸がん検査	〃 ⑮	円	3,500円
H I V抗体検査	〃 ⑯	円	2,290円
H T L V－1 抗体検査	〃 ⑰	円	3,040円
性器クラミジア 検査	〃 ⑱	円	2,000円

注1 申請書には、次に掲げる書類を添付してください。

- （1） 医療機関等で受診した結果等必要事項が記載された受診票等
- （2） 受診した医療機関等が発行した領収書の写しその他の妊婦健康診査の受診に際し負担した費用の額を確認することができる書類
- （3） 母子健康手帳の写し（対象者の氏名及び受診内容が記載された部分）

注2 この申請書の提出は、妊婦健康診査を受診した日から起算して1年以内に行ってください。