

# 八代市妊婦健康診査費助成申請書

妊

※太枠内を記入の上、ご提出してください。注:申請者と口座名義人は同じにしてください。

**八代市長様**

下記のとおり申請します。〒

申請者 住所 八代市  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
電話番号 ( \_\_\_\_\_ )

振込口座  
銀行・農協 本店・支店 普通・当座 口座番号 \_\_\_\_\_  
信金・信組・労金 本所・支所 貯蓄・別段

口座名義人 \_\_\_\_\_  
(カタカナで30字まで)

母子健康手帳番号	4									1	号	
妊婦氏名					生年月日	昭和		年		月		日
出産予定日					年			月				日

出産済の場合は記載下さい  
出産日 平成 年 月 日

※医療機関記入欄	健診日		週数	健診結果				自己負担金	払戻し金額	上限額
	月	日		尿蛋白	尿糖	他の所見	円			
1			週	尿蛋白	尿糖	他の所見	円	円	円	
2			週	尿蛋白	尿糖	他の所見	円	円	円	
3			週	尿蛋白	尿糖	他の所見	円	円	円	
4			週	尿蛋白	尿糖	他の所見	円	円	円	
5			週	尿蛋白	尿糖	他の所見	円	円	円	

上記の自己負担金を領収したことを証明します。

医療機関の  
住所及び名称

(印)

☆ 別表(4条関係)に定める実施内容、公費負担額を上限とします。

☆ 妊婦定期健康診査に要した自己負担金分を払い戻しします。

妊婦定期健康診査とは・・・?  
妊娠23週まで・・・4週間に1回  
妊娠24週～35週まで・・・2週間に1回  
妊娠36週～39週まで・・・毎週1回

保健センター記入欄	市助成回数	
	市助成金額	円
	受付番号	

### 注意事項

- ※領収書がある場合は、医療機関記入欄の健診結果と自己負担額は空欄で構いませんが、医療機関の住所及び名称と医療機関の印は必ずもらってください。
- 申請に必要なもの：母子健康手帳、領収書等、印鑑(シャチハタ不可)、通帳(振込先)、妊婦健康診査受診票(結果が記入されたもの)
- 出産後1年以内に申請してください。(配偶者等代理の方でも申請できます。)