

様式第1号（第9条関係）

年 月 日

（宛先）  
岩国市長 様

申請者 住 所 岩国市  
電話番号  
氏 名

※申請者本人の自署又は記名押印

妊婦健康診査（一般健康診査）費助成申請書

次のとおり、妊婦健康診査（一般健康診査）を受診したので、受診に要した費用について関係書類を添えて助成を申請します。

また、この申請を行うに当たり、市の職員が助成を決定するために必要な私の情報を各関係機関や住民基本台帳の公簿により確認することに同意します。

申請金額 金 円

健診の種類		受診年月日	週数 (母子手帳から記載)	受診費用 (保険適用外の受診費用:円)	基準額 (円)
妊婦健康診査	1回目	子宮がん検診実施	.	.	25,980
	1回目	子宮がん検診未実施	.	.	22,780
		2回目	.	.	5,760
		3回目	.	.	5,760
		4回目	.	.	10,540
		5回目	.	.	5,760
		6回目	.	.	3,760
		7回目	.	.	5,760
		8回目	.	.	11,920
		9回目	.	.	5,760
		10回目	.	.	7,460
		11回目	.	.	5,760
		12回目	.	.	10,370
		13回目	.	.	3,760
		14回目	.	.	3,760
		性器クラミジア抗原検査 (1回目から8回目までのいずれかの回で1回)		.	.
	HTLV-1抗体検査 (8回目)		.	.	3,070
妊婦健康診査費自己負担額			A		
対応する受診票の基準額の合計金額 (該当する受診票を添付してください。)			B		
申請金額(AとBのいずれか低い方の金額)					円

(裏面あり)

【令和6年4月1日以降の受診分】

※ 受診費用の欄には健診に要した費用のうち保険適用外の受診費用の額を、申請金額には受診費用の額又は基準額のいずれか低い方の金額を記入してください。

《添付書類》

- 1 領収書(受診者、受診日、受診に要した費用及び医療機関名の分かるもの)
- 2 母子健康手帳の写し(健診受診結果のページ)
- 3 妊婦一般健康診査受診票