

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（多胎妊婦健康診査）費助成申請書

次のとおり、妊婦健康診査（多胎妊婦健康診査）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 (母子健康手帳 から記載)	受診費用 (保険適用外の 受診費用:円) (A)	基準額(円) (B)
多胎妊婦健康診査	1 回目	・ ・			5,000
	2 回目	・ ・			5,000
	3 回目	・ ・			5,000
	4 回目	・ ・			5,000
	5 回目	・ ・			5,000
多胎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)					

※ 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 多胎妊婦健康診査受診票