

様式第4号（第9条関係）

年 月 日

(宛先)
岩国市長 様

申請者 住 所 岩国市〇〇町〇丁目〇番〇号

電 話 番 号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

氏 名 岩国 花子

※申請者本人の自署又は記名押印

妊婦さん本人の氏名を自署してください。

自署でない場合、押印が必要です。

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	6・5・6	34	6,000	5,000
	2回目	6・5・13	35	6,000	5,000
	3回目	6・5・20	36	6,000	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				18,000	
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					15,000
申請金額 (AとBのいずれか低い方の金額)				15,000 円	

※ 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

申請金額は、A受診費用とB基準額のうち低い方の金額を記入してください。