

大牟田市里帰り等妊婦健康診査補助金交付申請書

大牟田市長 殿

年 月 日

申請者 住所 大牟田市有明町2丁目3番地

氏名 三池 愛

母子健康手帳を交付された
本人についてご記入ください。

受診者との続柄 本人

私は、大牟田市里帰り等妊婦健康診査補助金交付要綱の規定により、補助金の交付を申請します。
なお、大牟田市がこの申請に基づく補助金の交付決定に当たり、妊婦健康診査の受診や支払状況について、医療機関又は助産所に照会することに同意します。

受 診 者	郵便番号	836 — 8666	電話番号	090-4444-6666
	住所	大牟田市有明町2丁目3番地		
	フリガナ	ミイケ アイ		
	氏名	三池 愛		
	出産日又は 出産予定日	R2 年 3 月 3 日	母子健康手帳番号	

里帰り先における補助対象となる妊婦健康診査回数	補助金申請額
回	円

妊婦健康診査実施医療機関・助産所名	所在地	電話番号

大牟田市が交付した補助券の使用状況と里帰り先における妊婦健康診査受診状況

区 分		補助券使用日又は自己負担による受診日	自己負担額	補助基準額	補助金申請額
1回目	基本健診・妊娠初期血液検査		円	16,300円	円
2回目	基本健診		円	5,100円	円
3回目	基本健診		円	5,100円	円
4回目	基本健診		円	5,100円	円
5回目	基本健診		円	5,100円	円
6回目	基本健診・貧血検査		円	6,690円	円
7回目	基本健診・性器クラミジア検査		円	8,700円	円
8回目	基本健診・超音波・貧血・血糖検査		円	13,020円	円
9回目	基本健診		円	5,100円	円
10回目	基本健診		円	5,100円	円
11回目	基本健診・GBS検査		円	8,300円	円
12回目	基本健診・超音波		円	9,880円	円
13回目	基本健診		円	5,100円	円
14回目	基本健診		円	5,100円	円
補助金申請合計額					円

※ 補助金申請額は、自己負担額と補助基準額を比較していずれか少ない方の額とします。
助産所を利用した場合の上限額は、1回につき5,100円です。

領収書を紛失した場合は、裏面の各項目について医療機関又は助産所で記入してもらってください。

以下の項目は、領収書を紛失した場合にのみご記入ください。

※ 書類の作成料が発生する場合は本人負担となり、妊婦健康診査の補助金の対象とはなりません。

里帰り先等における妊婦健康診査実施状況

受診者	郵便番号	
	現住所	
	フリガナ	
	氏名	
	電話番号	

医療機関・助産所の皆様へ

下記の項目につきましては、大牟田市里帰り等の妊婦健康診査補助金の交付申請において、妊婦健康診査の領収書を紛失している場合に必要となります。
申請者から依頼がありました際に、ご記入いただきますようお願いいたします。

問合せ先
〒836-8666
福岡県大牟田市有明町2丁目3番地
大牟田市役所 子ども家庭課 母子保健担当
TEL (0944)41-2661

医療機関・助産所記入欄	医療機関コード	受診年月日	領収金額 (保険適用外分)
			年 月 日
	医療機関・助産所の所在地	年 月 日	円
		年 月 日	円
		年 月 日	円
		年 月 日	円
		年 月 日	円
	医療機関・助産所の名称	年 月 日	円
		年 月 日	円
		年 月 日	円
		年 月 日	円
		年 月 日	円
		年 月 日	円
		年 月 日	円
医療機関・助産所の長名	年 月 日	円	
	年 月 日	円	
	年 月 日	円	
電話番号	年 月 日	円	
	年 月 日	円	