

発行日 \_\_\_\_\_

(H29年度~)

生駒市指定外用

H \_\_\_\_\_

### 妊婦健康診査補助金請求書

申請者(妊婦)の住所(〒 \_\_\_\_\_)

生駒市

氏名 \_\_\_\_\_

印

電話( \_\_\_\_\_ )

妊婦健康診査の健診費用について、補助を受けたいので申請します。またこの申請に必要な場合、生駒市健康課の職員が医療機関等に妊婦健診等の受診や支払状況について照会することに同意します。

妊婦健診受診者氏名	生年月日		昭和 平成	年 月 日
受診回数 (健診時期)	妊婦健診受診日	妊婦健診費用 (保険適用分を除く)	枚数 (基本券+追加券) ※市記入欄	補助決定額 _____ 円
第1回目	年 月 日	円	枚	(注意) 必ず使用補助券を添付し請求してください。 妊婦健診の順番を守って補助券を使用してください。 順番をとばしたことにより補助できない場合があります。 補助券でまかないきれない端数の金額が出た場合、自己負担になる場合があります。  【医療機関証明欄: 太枠内の内容について医療機関の証明を受けてください。 診察月日と同日付けの領収書(写し可)でも申請可能】  <b>※ 必ず裏面の申請の詳細をご確認ください</b>
第2回目	年 月 日	円	枚	
第3回目	年 月 日	円	枚	
第4回目	年 月 日	円	枚	
第5回目	年 月 日	円	枚	
第6回目	年 月 日	円	枚	
第7回目	年 月 日	円	枚	
第8回目	年 月 日	円	枚	
第9回目	年 月 日	円	枚	
第10回目	年 月 日	円	枚	
第11回目	年 月 日	円	枚	
第12回目	年 月 日	円	枚	
第13回目	年 月 日	円	枚	
第14回目	年 月 日	円	枚	

上記、妊婦健康診査を実施したことを証明します。

所在地

医療機関の名称

代表者名

印

上記決定額のとおり請求いたします。

なお、補助金は次の金融機関に振り込んでください。

年 月 日

生駒市長 殿

金融機関名	銀行・信金・農協			店
口座種別	普通	当座	フリガナ	_____
口座番号			口座名義	

\* 申請者氏名と口座名義人は同一人としてください。

## 《請求の際に注意していただく事項》

生駒市指定外の医療機関・助産所で妊婦健診を受診される方は、健診費用を一旦全額自己負担していただき、必要書類を添えて後日請求していただきましたら、上限金額の範囲内で補助金を指定の口座に振り込みます。

**補助の対象になるのは、母子手帳発行日以降に全額自己負担で受診された妊婦健診です。（保険適用分を除く）**

請求書は、医療機関や助産所別に申請してください。

申請は必要な書類を添えて、生駒市役所健康課まで送付、もしくは直接お持ちください。

### 1. 申請に必要なもの

① 妊婦健康診査補助金請求書

医療機関証明欄に受診医療機関または助産所の証明を受けてください。

証明のない場合は、医療機関発行の領収書（受診者氏名、受診日、金額、医療機関所在地などが確認できる領収書（写し可））が必要です。

② 未使用の生駒市妊婦健診補助券（受診日の金額に相当する枚数）

③ 母子健康手帳の「表紙」と「妊娠中の経過」の写し（領収年月日と同受診日の妊婦健診受診結果の記載のあるもの）

④ 申請者本人名義の通帳の写し（口座番号と名義人がわかるページ）

⑤ 印鑑 ※押印や記載漏れのないようご注意ください。また訂正時にも押印が必要です。

### 2. 支払額（上限）

☆支払額の上限額は92,000円です。

☆上限金額は14回全ての健診を受診された場合の例です。最終の健診受診回数に応じて上限金額は変わります。

☆支払った金額（医療保険適用分を除いた額）が、上限額より少ない場合は、少ない方の額を上限額とします。

☆支払額については、要した健診費用に対して、医療保険適用分を除いた額で審査し、一部を申請者本人名義の銀行口座へ振り込みます。

【問い合わせ】 〒630-0258

奈良県生駒市東新町1番3号

セラビーいこま内 生駒市 健康課

電話番号 0743-75-2255