《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・助産所で妊婦健診等を受診される方は、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、産婦健診、乳児健診（１か月児）、新生児聴覚検査です。（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していただくか、直接お持ちください。

１．申請に必要なもの

① 妊婦健康診査等補助金申請書兼請求書
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））及び明細書が必要です。

② 未使用の生駒市妊婦健診等補助券（受診日の金額に相当する枚数）

③ 母子健康手帳の「表紙」と、「受診日と受診結果の記載のあるもの」
・妊婦健診：妊娠中の経過のページ
・産婦健診、乳児健診（1 か月児）、新生児聴覚検査：各健診、検査結果の記載のあるページ

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）

※書き損じがあった場合は、修正箇所に二重線を引き、自署でのサイン（名字のみでも可）をお願いいたします。

２．支払額（上限）

☆支払額の上限額は以下のとおりです。
・妊婦健診：110,000 円（多胎妊娠の場合は 25,000 円の追加助成）
・産婦健診：5,000 円×2
・乳児健診（1 か月児）：6,000 円
・新生児聴覚検査：5,000 円

☆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、医療保険適用外の額で審査し、決定します。

☆支払いは約 2 か月後に請求書に記載の口座にされます。

☆支払い通知はありませんので、通帳でのご確認をお願いします。

３．補助券使用時の注意

・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。

【問合せ先】
〒630-0258
生駒市東新町１番３号
生駒市役所 健康課
電話　0743-75-2255
FAX　0743-75-1031
E-mail　kenkou@city.ikoma.lg.jp

発行日＿＿＿＿＿＿＿＿　　(R5.7～)　生駒市指定外用

＿＿ー＿＿＿＿　妊婦健康診査等補助金申請書兼請求書

申請者（妊産婦）の 住　所　（〒　　―　　）

生 駒 市

氏　　名

電　　話（　　－　　－　　）

妊婦健康診査等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。

下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。

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。

妊婦健診等受診者氏名		生年月日		※市記入欄	
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）	補助決定額＿＿＿＿＿＿円	
第１回目	年　月　日		円	産婦健診受診日	健診費用（保険適用分を除く）
第2回目	年　月　日		円	年　月　日	円
第3回目	年　月　日		円	年　月　日	円
第4回目	年　月　日		円	乳児健診（1か月児）受診日	健診費用（保険適用分を除く）
第5回目	年　月　日		円	年　月　日	円
第6回目	年　月　日		円	新生児聴覚検査受検日	検査費用（保険適用分を除く）
第7回目	年　月　日		円	年　月　日	円
第8回目	年　月　日		円		
第9回目	年　月　日		円	※妊婦健診について、15 回目以降の健診がある場合は別紙を使用してください。	
第 10 回目	年　月　日		円	**※　必ず裏面の申請の詳細をご確認ください**	
第 11 回目	年　月　日		円		
第 12 回目	年　月　日		円		
第 13 回目	年　月　日		円		
第 14 回目	年　月　日		円		

上記、妊婦健康診査等を実施したことを証明します。

所在地

医療機関の名称　　印

代表者名

別紙

15 回目以降

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）
第 15 回目	年　月　日	円
第 16 回目	年　月　日	円
第 17 回目	年　月　日	円
第 18 回目	年　月　日	円
第 19 回目	年　月　日	円
第 20 回目	年　月　日	円

※15 回目以降の妊婦健診がある場合にのみ使用してください。（ない場合、本様式は不要です）
別紙のため、医療機関証明は１枚目のみで可です。