

第2号様式(第5条関係)

多摩市妊婦健康診査受診費助成金交付申請添付書

※ 申請は、1回の出産(死産又は流産を含む。)について一度だけになりますので、漏れないようご注意ください。

申請者氏名						
助 成 対 象 健 診	種別	健診受診日	受診機関名	健診費用 (領収書記載額)	申請額	決定額 (記入しないでください)
	1回目	年 月 日		円	円 ※下記の上限額限度	円
	2回目	年 月 日		円	円 ※下記の上限額限度	円
	3回目	年 月 日		円	円 ※下記の上限額限度	円
	4回目	年 月 日		円	円 ※下記の上限額限度	円
	5回目	年 月 日		円	円 ※下記の上限額限度	円
	6回目	年 月 日		円	円 ※下記の上限額限度	円
	7回目	年 月 日		円	円 ※下記の上限額限度	円
	8回目	年 月 日		円	円 ※下記の上限額限度	円
	9回目	年 月 日		円	円 ※下記の上限額限度	円
	10回目	年 月 日		円	円 ※下記の上限額限度	円
	11回目	年 月 日		円	円 ※下記の上限額限度	円
	12回目	年 月 日		円	円 ※下記の上限額限度	円
	13回目	年 月 日		円	円 ※下記の上限額限度	円
	14回目	年 月 日		円	円 ※下記の上限額限度	円
	超音波	年 月 日		円	円 ※下記の上限額限度	円
	子宮頸がん	年 月 日		円	円 ※下記の上限額限度	円
新生児 聴覚検査	年 月 日		円	円 ※下記の上限額限度	円	
<b>合 計 金 額</b>					円	円

注)太枠内のみ記入してください。

【助成の範囲及び金額】

- 1 妊婦健康診査の受診日において、多摩市内に住所を有する方に限ります。
- 2 妊婦健康診査は、受診票の交付を受けた日(母子健康手帳の交付を受けた日)以後に受診した妊婦健康診査に限ります。
- 3 受診した医療機関等は、日本国内のものに限ります。
- 4 助成の対象となる妊婦健康診査の回数は、14回から受診票を使用して受診した回数を減じた回数を限度とします。(通常は、手元に残っている受診票の枚数分となります。)
- 5 申請金額は、1回の受診につき受診に要した実費額とそれぞれの上限額とを比較していずれか少ない額とします。  
(初回10,850円 2回目以降 5,070円 超音波検査 5,300円 子宮頸がん検診 3,400円 新生児聴覚検査 3,000円)  
※1 上限額は、受診した年度により変わる場合があります。  
※2 申請額は、それぞれ1回毎に妊婦健康診査について支払った額とし、複数回の妊婦健康診査について支払った額を合算することはできません。  
※3 実費額とは、妊婦健康診査に要した費用を言い、証明書代、文書料等明らかに違うもの、治療に要した費用、入院費等は含まれません。
- 6 超音波検査、子宮頸がん検診及び新生児聴覚検査については、1回に限り対象とします。
- 7 1回目の妊婦健康診査は、助産所を除く医療機関で実施してください。助産所で1回目の妊婦健康診査を受けた場合は、2回目以降の受診票について助成金の対象とします。