

妊婦健康診査費等助成申請書

【申請者（妊産婦）】

申請日 年 月 日

フリガナ

名 前

住 所 福山市

T E L

福山市長様

次のとおり妊婦健康診査費等の助成を申請します。必要に応じて、医療機関へ受診状況の照会を行うことに同意します。

○妊健康診査費等内訳

それぞれの区分について、上限額内の金額を助成します。ただし、妊婦健康診査等以外に要した費用（書籍代、投薬治療等）は助成の対象になりません。

※太枠内のみ記入してください。 (単位：円)

区分		申請するものに○をしてください	受診日 ※福山市で記入します	上限額	助成対象額 ※福山市で記入します	助成決定額 ※福山市で記入します
妊婦一般健康診査	1 回目			各 6, 5 9 0		
	2 回目					
	3 回目					
	4 回目					
	5 回目					
	6 回目					
	7 回目					
	8 回目					
	9 回目					
	1 0 回目					
	1 1 回目					
	1 2 回目					
	1 3 回目					
	1 4 回目					
妊婦一般健康診査 (多胎児に限る)	1 5 回目			各 6, 5 9 0		
	1 6 回目					
	1 7 回目					
	1 8 回目					
	1 9 回目					
妊婦一般健康診査検査				1 2, 6 1 0		
子宮頸がん検診				3, 2 0 0		
クラミジア検査				2, 2 8 0		
助産施設妊婦一般健康診査				4, 4 9 0		
新生児聴覚検査				2, 8 4 0		
乳児一般健康診査（1 か月児）				6, 3 9 0		
産婦健康診査	1 回目			各 5, 0 0 0		
	2 回目					
計		—		—		

(注) 1 結果の記入された結果票と領収書を添付して、福山市ネウボラ推進課（〒720-8501 福山市東桜町3番5号）に提出してください。産婦健診は、あわせて問診票（質問票Ⅰ～Ⅲ）も提出が必要です。
2 申請期限は、原則妊婦健康診査等を受けた日の翌月末です。（郵送の場合、末日消印有効）
3 書類受付後、審査が完了した日から30日以内に申請者の口座に振り込みます。