

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 <small>※福山市で記入します</small>	上限額	助成対象額 <small>※福山市で記入します</small>	助成決定額 <small>※福山市で記入します</small>
妊婦一般健康診査	1回目		各6,910		
	2回目				
	3回目				
	4回目				
	5回目				
	6回目				
	7回目				
	8回目				
	9回目				
	10回目				
	11回目				
	12回目				
	13回目				
	14回目				
妊婦一般健康診査 (多胎児に限る)	15回目		各6,910		
	16回目				
	17回目				
	18回目				
	19回目				
妊婦一般健康診査検査			13,060		
子宮頸がん検診			3,200		
クラミジア検査			2,280		
助産施設妊婦一般健康診査			4,520		
新生児聴覚検査			2,840		
乳児一般健康診査(1か月児)			6,410		
産婦健康診査	1回目		各5,000		
	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(〒720-8636 福山市元町1番1号 天満屋福山店7階)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。