

# [記入例] 記入漏れ、押印漏れがないようにお願いします。

# [注意事項]

様式第1号

## 妊婦健康診査費等助成申請書

【申請者（妊産婦）】

申請日	2024年 4月 10日
フリガナ	フクヤマ ハナ
名前	福山 花子
住所	福山市 東桜町3番5号
TEL	084-928-1252

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。

○妊婦健康診査費等内訳

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6,280		
	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 (多胎の場合に限る)	15回目				
	16回目				
	17回目				
	18回目				
	19回目				
妊婦一般健康診査検査			11,900		
子宮頸がん検診			3,200		
クラミジア検査			2,330		
助産施設妊婦一般健康診査			3,510		
新生児聴覚検査			2,840		
産婦健康診査	1回目		各5,000		
	2回目				
乳児一般健康診査(1か月児)			6,280		
計	—	—	—		

申請する補助券の種類に○をしてください。

(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、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。

法人名称 又は 屋号 若しくは 個人名	フリガナ	フクヤマ ハナ	〒	720-0032	所在地区分	市内	市外(県内)	県外	
支店等名称	※ 個人の場合は、記入不要です。								
代表者職名 及び名前	※ 個人の場合は、記入不要です。								
生年月日	※ 個人の場合のみ生年月日を記入してください。 大正・昭和・平成・令和・西暦 60年 1月 1日生								
郵便番号	720-0032								
住所	広島 都道府県 福山市東桜町3番5号								
電話番号	※ 電話番号は、必ず記入してください。 (084) 123 - 4567								
支払方法	<input checked="" type="checkbox"/> 口座振入 <input type="checkbox"/> 窓口払 ※ 口座振込を希望される場合は、振込先金融機関を記入してください。								
振込先金融機関	金融機関コード							預金種目	口座番号(右づめで記入)
	金融機関名	福山銀行 東桜町支店						① 普通(総合) ② 当座 ④ 貯蓄 ⑨ その他	1 2 3 4 5 6 7
	口座名義人	フリガナ フクヤマ ハナ							

### 支払相手方登録依頼書について

助成金の振込先を登録する書類です。申請者は妊産婦の名前・振込先をご記入ください。申請者(妊産婦)以外の口座に振り込む場合は、別途書類が必要ですので、ネウボラ推進課へ連絡ください。

### 郵送で申請する場合

郵送で申請する場合に、切手が不足していることがあります。送付前に、重さや封筒の大きさを確認してください。

	重さ	切手
定型	25gまで	84円
	50gまで	94円
定形外(規格内)	50gまで	120円

### 返信用封筒について

郵送で申請し、領収書の返却が必要な場合は、郵便番号・住所・名前を記入し、切手を貼った返信用封筒(定型)を同封してください。

書類の書き方など、不明な点がございましたらネウボラ推進課(084)928-1162へお問い合わせください。