

多胎妊婦健康診査費助成交付申請書兼請求書

年 月 日

(あて先)飯塚市長

多胎妊娠に伴い、妊婦健康診査において市の規定する回数を超えて受診したので、助成を申請します。

申請者 氏名:
 住所:
 生年月日: 年 月 日
 連絡先: - -
 妊婦との続柄:

| | | | | | |
|-----------------------------|----------------------|--------------|----------|----------|--------------|
| 妊婦氏名 | ・ 同上 | | 妊婦の電話番号 | - - ・ 同上 | |
| 妊婦の生年月日 | 年 月 日 ・ 同上 | | 母子手帳交付番号 | | |
| 妊婦の住所 | | | | | |
| (該当する方のみ) 妊娠届出後に住所変更した場合 | 住所変更日: 年 月 日 前住所: | | | | |
| 健診日 | 健診に要した費用 | 助成金決定額(市記入欄) | 健診日 | 健診に要した費用 | 助成金決定額(市記入欄) |
| 年 月 日 | 円 | 円 | 年 月 日 | 円 | 円 |
| 年 月 日 | 円 | 円 | 年 月 日 | 円 | 円 |
| 年 月 日 | 円 | 円 | 助成金決定合計額 | | 円 |

私が受領する助成費用について、下記指定口座への振り込みを依頼します。

| | | | | | |
|---------|--------------------|--|--------------|--|----------------|
| 振込先指定口座 | | | | | |
| 金融機関名 | 銀行 信用金庫 信用組合 | | | | 本店 支店 支所 |
| フリガナ | 預金種別 | | 普通・当座・その他() | | |
| 口座名義人 | 口座番号 | | No. | | |

※妊婦以外が申請する場合や妊婦の口座以外を指定する場合は、下欄の委任状への記入が必要です。

| | | |
|--|--|---------|
| 委任状 | | 年 月 日 |
| | | 委任者(妊婦) |
| | | 住所: |
| | | 氏名: |
| 私は、次の者に多胎妊婦健康診査費助成において、(申請(請求)・受領)に関する一切の権限を委任します。 <small>※委任する項目に○をつけてください</small> | | |
| 受任者(妊婦との続柄:) | | |
| 住所: | | |
| 氏名: | | |

裏面に健診結果記入欄あり(医療機関記入)

多胎妊婦健康診査実施状況

(医療機関にて健診毎にご記入をお願いいたします。)

| 基本健診15回目 | 年 月 日 (妊娠 週) | |
|----------|--------------|-------------------------------------|
| 血圧測定 | / mmHg | 判定 |
| 浮腫 | - ± + ++ | 1.経過順調 2.要経過観察 3.要精密 4.要治療 |
| 尿蛋白 | - ± + ++ | |
| 尿糖 | - ± + ++ +++ | |
| 体重 | kg | |
| 特記事項 | | (病名:) |
| 健診機関の名称 | | |
| 所在地 | | |

| 基本健診16回目 | 年 月 日 (妊娠 週) | |
|----------|--------------|-------------------------------------|
| 血圧測定 | / mmHg | 判定 |
| 浮腫 | - ± + ++ | 1.経過順調 2.要経過観察 3.要精密 4.要治療 |
| 尿蛋白 | - ± + ++ | |
| 尿糖 | - ± + ++ +++ | |
| 体重 | kg | |
| 特記事項 | | (病名:) |
| 健診機関の名称 | | |
| 所在地 | | |

| 基本健診17回目 | 年 月 日 (妊娠 週) | |
|----------|--------------|-------------------------------------|
| 血圧測定 | / mmHg | 判定 |
| 浮腫 | - ± + ++ | 1.経過順調 2.要経過観察 3.要精密 4.要治療 |
| 尿蛋白 | - ± + ++ | |
| 尿糖 | - ± + ++ +++ | |
| 体重 | kg | |
| 特記事項 | | (病名:) |
| 健診機関の名称 | | |
| 所在地 | | |

| 基本健診18回目 | 年 月 日 (妊娠 週) | |
|----------|--------------|-------------------------------------|
| 血圧測定 | / mmHg | 判定 |
| 浮腫 | - ± + ++ | 1.経過順調 2.要経過観察 3.要精密 4.要治療 |
| 尿蛋白 | - ± + ++ | |
| 尿糖 | - ± + ++ +++ | |
| 体重 | kg | |
| 特記事項 | | (病名:) |
| 健診機関の名称 | | |
| 所在地 | | |

| 基本健診19回目 | 年 月 日 (妊娠 週) | |
|----------|--------------|-------------------------------------|
| 血圧測定 | / mmHg | 判定 |
| 浮腫 | - ± + ++ | 1.経過順調 2.要経過観察 3.要精密 4.要治療 |
| 尿蛋白 | - ± + ++ | |
| 尿糖 | - ± + ++ +++ | |
| 体重 | kg | |
| 特記事項 | | (病名:) |
| 健診機関の名称 | | |
| 所在地 | | |

❁ 確認事項 ❁

対象者

令和5年4月1日以降の妊婦健康診査受診日において、多胎児を妊娠しており、飯塚市に住民票登録がある妊婦

助成限度額

妊婦健康診査1回につき、5,100円まで

妊婦1人につき、5回まで

※すでに交付されている妊婦健康診査受診券14回分をすべて使用した後の、15回目から19回目までの自費で受診した妊婦健康診査費用が対象です。

対象外となる費用

- ・1回目から14回目の妊婦健康診査費用
- ・母子健康手帳交付前に受診した妊婦健康診査費用
- ・医療保険適用診療分
- ・妊婦健康診査に伴わない検査・検診の費用
- ・文書料、教材費、予防接種費用等の妊婦健康診査項目に対応しない費用
- ・日本国外で受診した妊婦健康診査費用

申請期限

妊婦健康診査を最後に受診、または出産した日から1年以内

申請方法

こども家庭課の窓口へ来所、または郵送で提出

申請に必要なもの

- ・多胎妊婦健康診査費助成交付申請書兼請求書(本紙)
- ・母子手帳の「表紙」のコピー(お子様の人数分)
- ・母子手帳の「妊娠中の経過」のコピー(8.9ページ、1枚で可)
- ・妊婦健康診査(左記15回目から19回目)の領収書及び診療明細書
- ・妊婦及び申請者の身分証明書の写し
- ・(妊婦本人以外が受任者となる場合)妊婦本人以外の本人確認書類の写し

お問い合わせ・申請先

飯塚市役所 こども家庭課母子保健係
〒820-8501 福岡県飯塚市新立岩5番5号
TEL: 0948-43-3305