

町田市里帰り等妊婦健康診査等受診費助成金交付申請書

町田市長 様

年 月 日

妊婦健康診査等受診費の助成について、下記のとおり申請します。なお、この申請内容について、公簿との照合及び医療機関等へ確認することに同意します。

申請者	ふりがな		住所				
	氏名						
	生年月日	年 月 日					
	妊(産)婦との関係	本人・夫・	電話番号	(この申請についての連絡先)			
妊(産)婦	ふりがな		受診時の住所(申請者と異なる場合)				
	氏名	(単胎・多胎)	町田市				
	生年月日	年 月 日					
子 (新生児聴覚検査を申請する場合)	ふりがな		受診時の住所(申請者と異なる場合)				
	氏名		町田市				
	生年月日	年 月 日					
医療機関 (助産所)	名称						
	所在地						
分娩(予定)日 (流産の場合、最後の受診日)		年 月 日	新生児聴覚検査 の検査結果	パス・リファー			
受診区分	診察(検査)年月日	領収書記載額	申請額 (限度額が上限)	受診区分	診察(検査)年月日	領収書記載額	申請額 (限度額が上限)
1回	年 月 日	円	円	子宮頸がん	年 月 日	円	円
2回	年 月 日	円	円	超音波 1回	年 月 日	円	円
3回	年 月 日	円	円	超音波 2回	年 月 日	円	円
4回	年 月 日	円	円	超音波 3回	年 月 日	円	円
5回	年 月 日	円	円	超音波 4回	年 月 日	円	円
6回	年 月 日	円	円	新生児 聴覚検査	年 月 日	円	円
7回	年 月 日	円	円	多胎妊娠の妊婦健康診査(15~19回目)			
8回	年 月 日	円	円	15回	年 月 日	円	円
9回	年 月 日	円	円	16回	年 月 日	円	円
10回	年 月 日	円	円	17回	年 月 日	円	円
11回	年 月 日	円	円	18回	年 月 日	円	円
12回	年 月 日	円	円	19回	年 月 日	円	円
13回	年 月 日	円	円	申請額合計			
14回	年 月 日	円	円				

【助成限度額表】 受診年月により、助成限度額が変わります。

受診年月	①1回目	②2~14回目	③超音波検査	④子宮頸がん検診	⑤新生児聴覚検査	⑥多胎15回目~
2022年4月~2023年3月	10,850 円	5,070 円	5,300 円	3,400 円	3,000 円	5,000 円
2023年4月~2024年3月	10,880 円	5,090 円	5,300 円	3,400 円	3,000 円	5,000 円
2024年4月~2025年3月	10,980 円	5,140 円	5,300 円	3,400 円	3,000 円	5,000 円

保健予防課記入欄	受診票確認: 1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14 子宮頸がん・超音波 1・2・3・4・聴覚					
<input type="checkbox"/> 未使用の受診票	申請額確認: 領収書・明細書・医療機関 住基確認: 済・転入・転出 (R . .)					
<input type="checkbox"/> 母子手帳のコピー	単価: 超音波()円・なし 子宮頸がん()円・なし 聴覚()円・なし					
<input type="checkbox"/> 領収書(原本)	差戻し	受付	受付場所	受付者	2次審査者	領収書
<input type="checkbox"/> 債権者登録依頼書	(/)	(/)	(窓・郵・健・中・鶴)			要・否