

# 妊婦健康診査費(多胎)助成申請書

年 月 日

郡山市長

下記のとおり、妊婦健康診査費（多胎）の助成を申請します。

申請者 (健診受診者)		生年月日		年 月 日		
妊産婦健康診査 受診票番号		— 1 8 — — — — — — — — — —		電話番号		
健診時住所		〒 - 郡山市				
現住所 (上記と異なる 場合記入)		〒 -				
振 込 先	銀行等の名称		本支店名		普通 当座	
	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 農協		<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 支所			口座番号
	<input type="checkbox"/> 座 名義人		フリガナ		氏 名	

妊婦健康診査 受診年月日	対応する受診票	自己負担額 (保険診療分を除く)	助成額 (市側記入欄)
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
		合計	円

承認・不承認
健診時住所確認 できた・できない
決定年月日 年 月 日

注) 太枠に御記入ください。

- 口座名義人は申請者（妊産婦本人）と同一としてください。
- 医療機関発行の領収書（妊婦健診の費用がわかるもの）と、母子健康手帳を御提示ください。
- 助成金額は、医療機関等に支払った全額ではなく、助成の対象となる健診内容について定められた上限額と自己負担額を比較して少ない方の金額になります。
- 申請書類の不明な点は、受診した医療機関に確認しますので御了承ください。