

# 記入見本

## さいたま市妊婦健康診査費助成金支給申請書

申請される日を忘れずに、  
ご記入ください。

年 月 日

(宛先) さい

**※原則、自署でご記入ください。**

**修正液、修正テープは使用できません。**

**(訂正箇所は二重線で訂正し、訂正サインをご記入ください。)**

妊婦健康診査

なお、本申請

申請します。

市が受診医療機関等

(助産所を含む。)に受診状況の確認等を行うことに同意します。

母子健康手帳の表紙に記載してあります。

1 申請者(妊婦健康診査受診者)		母子健康手帳交付日	△△年□□月▽▽日
フリガナ 氏名 (自署)	サイタマ ハナコ 埼玉 花子		生年月日 △△年□□月▽▽日
住所	申請者の 現住所	さいたま市中央区鈴谷7-5-1 (電話番号○○○-△△△-□□□□) ※必ず日中連絡がとれる番号をご記入ください。	
	受診日に おける住所	〒 さいたま市 区 ※現住所と異なる場合はご記入ください	
妊婦健康診査 受診医療機関等	(名称)	(名称)	
	(所在地) 〒338-0013 埼玉県○○市△-△-△	(所在地) 〒	

妊婦健康診査受診者が申請者になります。

ゆうちょ銀行口座に振込みを受ける際、振込用口座番号は7桁になります。不明な方は郵便局・ゆうちょ銀行の窓口にお問合せください。

### 2 振込先

金融	定期預金の口座には振込みできません。	銀行・信用金庫 農協・( )	本店・支店 ○○ 店・出張所
口座の種別	普通 ・ 当座	口座名義が旧姓の方はレ点チェックをいれていただき、振込前に口座名義を変更しないでください。	
フリガナ 口座名義人	スズヤ ハナコ 鈴谷 花子	レ点 場合、チェック欄にご記入下さい→	レ点 レ

※申請者以外の口座に振込希望の方は、必ず裏面の委任状をご記入ください。

※委任状は原則自署でご記入ください(自署であれば押印は不要です)。

#### <添付書類>

- 未使用の助成券(さいたま市発行のもの) \*申請する券のみ
- 振込先の口座情報部分のコピー
- 医療機関等又は助産所が発行した領収書と明細書のコピー
- 検査をしたことが分かる書類(明細書等)のコピー
- 母子健康手帳の表紙・妊娠の経過のページのコピー
- さいたま市妊婦健康診査実施証明書(領収書を紛失した方のみ)

※妊娠期間中に転出入をされた方は、住民票等の提出をお願いする場合があります。

裏面の注意事項等も必ずご確認ください。

#### <さ>

助成額は医療機関で支払った全額ではありません。

自費で支払った額と助成券で定められた上限額を比較して少ない方の金額となります。

助成金の対象は、妊婦健康診査助成券に記載のある項目で、年度によって異なります。


処理番号	交付決定額	振込年月日

様式第4号の2（第7条の2関係）

※申請者以外の口座に振り込むときは、下記の委任について記入してください。

私は、次の者に妊婦健康診査費助成金の受領に関する一切の権限を委任します。

受任者（口座名義人）	委任者（申請者）
住所	住所
氏名	氏名
申請者との続柄（ ）	



**押印（通帳印でなくてOK）は、自署でない場合必須です。**

<備考>

決定通知書等の送付先が上記1.「住所」欄と異なる場合はこちらにご記入ください。

<申請要件・注意事項>

- 申請書は原則自署でご記入ください。自署であれば、委任欄の押印は不要です。ワード等電子作成文書の場合は、押印が必要です。
- 妊婦健康診査受診日に、さいたま市に住民登録のある方が対象となります。
- 医療法に定める病院、診療所及び助産所のうち、さいたま市と委託契約をしていない医療機関等で受診した妊婦健康診査が対象となります。
- 母子健康手帳の交付日以降の妊婦健康診査を対象とします。
- 妊娠判定のための診察や、健康保険適用の診療、基本的な妊婦健康診査を実施していない診療、文書料等にかかる費用は対象となりません。
- 助成回数は、さいたま市が発行した受診票及び助成券の未使用の枚数を上限とします。
- 助成金の支給金額は、自己負担をした費用の全額ではありません。申請額のうち、定められた助成金額と自己負担をした費用を比較して少ないほうの金額になります。
- 助成金額は、受診年月日の属する年度の額となります。
- 助産所で妊婦健康診査を受診した場合、助成の対象は②④⑤⑦⑧⑨⑪⑬⑭の助成券のみとなります。
- 申請期限は、最後の妊婦健康診査受診日の翌日から起算して1年以内となります。（期限の日が土・日祝日の場合は、翌日を期限とします。）

さいたま市使用欄（記入しないでください）

助成券	妊婦健康診査 受診年月日	領収書 確認	支給決定額	多胎 助成券	妊婦健康診査 受診年月日	領収書 確認	支給決定額
①	年 月 日		円	①	年 月 日		円
②	年 月 日		円	②	年 月 日		円
③	年 月 日		円	③	年 月 日		円
④	年 月 日		円	④	年 月 日		円
⑤	年 月 日		円	⑤	年 月 日		円
⑥	年 月 日		円				
⑦	年 月 日		円				
⑧	年 月 日		円				
⑨	年 月 日		円				
⑩	年 月 日		円				
⑪	年 月 日		円				
⑫	年 月 日		円				
⑬	年 月 日		円				
⑭	年 月 日		円				
HIV抗体検査	年 月 日		円				
子宮頸がん検診	年 月 日		円				
HTLV-1抗体検査	年 月 日		円				
性器クラミジア検査	年 月 日		円				

総額合計 円