

様式第1号（第6条関係）

里帰り等妊婦健康診査補助金交付申請書兼実績報告書

令和	年	月	日
----	---	---	---

（宛先）静岡市長

里帰り等妊婦健康診査補助金の交付を受けたいので、静岡市里帰り等妊婦健康診査補助金交付要綱第6条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者（健診受診者）			
住 所	〒		
	住所		
氏 名	氏		名
電話番号			
申 請 額	金		円
受診医療機関等	名 称		所在地
			電 話
申請受理月日	年 月 日	交付・不交付	補助金額 金 円

- （注）
- 1 太枠の中をご記入ください。
 - 2 補助金の内訳を、様式第2号に記入してください。
 - 3 補助金の上限額は、初回20,860円、2回目から16回目まで4,090円、超音波検査①から④まで5,300円、血液検査3,410円、血算検査1,860円、GBS検査1,900円となります。支払った金額とは異なりますのでご注意ください。
 - 4 静岡市の受診票、医療機関又は助産所が発行した領収書及び母子健康手帳を添付してください。

申請額内訳

区 分		受 診 日	自己負担額	申請金額
基本健診	初 回	年 月 日	円	円（上限20,860円）
	第2回	年 月 日	円	円（上限 4,090円）
	第3回	年 月 日	円	円（上限 4,090円）
	第4回	年 月 日	円	円（上限 4,090円）
	第5回	年 月 日	円	円（上限 4,090円）
	第6回	年 月 日	円	円（上限 4,090円）
	第7回	年 月 日	円	円（上限 4,090円）
	第8回	年 月 日	円	円（上限 4,090円）
	第9回	年 月 日	円	円（上限 4,090円）
	第10回	年 月 日	円	円（上限 4,090円）
	第11回	年 月 日	円	円（上限 4,090円）
	第12回	年 月 日	円	円（上限 4,090円）
	第13回	年 月 日	円	円（上限 4,090円）
	第14回	年 月 日	円	円（上限 4,090円）
	第15回	年 月 日	円	円（上限 4,090円）
	第16回	年 月 日	円	円（上限 4,090円）
超音波検査	①	年 月 日	円	円（上限 5,300円）
	②	年 月 日	円	円（上限 5,300円）
	③	年 月 日	円	円（上限 5,300円）
	④	年 月 日	円	円（上限 5,300円）
血液検査等	血液検査	年 月 日	円	円（上限 3,410円）
	血算検査	年 月 日	円	円（上限 1,860円）
G B S 検査		年 月 日	円	円（上限 1,900円）
合 計 額			円	円

(注)

- 1 助産所での受診は、基本健診第3回及び第5回から第16回までのうち、合計11回分までが対象となります。
- 2 超音波検査①は基本健診第2回と、超音波検査②は基本健診第4回と、超音波検査③は基本健診第5回、第6回、第7回、第8回、第9回又は第10回のうちのいずれかと、超音波検査④は基本健診第11回、第12回又は第13回のうちのいずれかと併用したものが対象となります。
- 3 血液検査は基本健診第5回、第6回、第7回、第8回、第9回又は第10回のうちのいずれかと、血算検査は基本健診第11回、第12回、第13回又は第14回のうちのいずれかと、G B S 検査は基本健診第10回、第11回又は第12回のうちのいずれかと併用したものが対象となります。

様式第 5 号（第 8 条関係）

請 求 書

年 月 日

（宛先） 静岡市長

住 所
請求者 氏 名
電 話

年 月 日付け 第 号により補助金の交付の決定を受けた里
帰り等妊婦健康診査補助金として、次のとおり請求します。

金 円

振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本支店 出張所	本店 支店 出張所
	預金種別	普 通 ・ 当 座		
	口座番号			
	ふりがな			
	口座名義人			

口座名義が申請者（健診受診者）でない場合は、委任状に記入してください。

委 任 状	
里帰り等妊婦健康診査補助金の受領を	
住所	氏名 に委任します。
年 月 日	
委任者	
住所	氏名