

福岡市妊婦健康診査助成金交付申請書（請求書）

申請先 福岡市長

年 月 日

私は、下記事項に同意の上、福岡市妊婦健康診査助成金の交付を申請します。

①申請した内容について確認の必要がある場合は、福岡市が公簿等で確認することに同意します。

②福岡市が公簿等で確認できない場合は、関係書類を提出します。

1 申請者（妊婦健診の受診者名）

（注） 氏名の欄は、記名・押印又は自筆による署名のいずれかをお願いします。

ふりがな			生年月日
氏 名	印 (注) (旧姓)		年 月 日
住 所	〒 ー	Tel ()	母子健康手帳の交付日
	福岡市 区		年 月 日
転出・入者のみ記入してください	【転入日】 年 月 日		
	【転出日】 年 月 日		
	現住所 〒 ー	Tel ()	
	都道府県	市区町村	

2 助成金申請額

（医：医療機関 助：助産所）

区 分	番号	受診年月日	自己負担額 (領収書金額)	申請額	上限額
基本健診・妊娠初期血液検査助成券	1	. .	円	円	医:21,080円 助:対象外
基 本 健 診 助 成 券	2	. .	円	円	医 ・ 助 : 5,100円
	3	. .	円	円	医 ・ 助 : 5,100円
	5	. .	円	円	医 ・ 助 : 5,100円
	9	. .	円	円	医 ・ 助 : 5,100円
	10	. .	円	円	医 ・ 助 : 5,100円
	13	. .	円	円	医 ・ 助 : 5,100円
	14	. .	円	円	医 ・ 助 : 5,100円
基本健診・貧血検査助成券	6	. .	円	円	医: 6,690円・助:5,100円
基本健診・クラミジア検査助成券	7	. .	円	円	医: 8,700円・助:5,100円
基本健診・貧血・血糖・ 超音波検査助成券	8	. .	円	円	医:13,020円・助:5,100円
基本健診・G B S検査助成券	11	. .	円	円	医: 8,300円・助:5,100円
基本健診・超音波検査助成券	4	. .	円	円	医: 9,880円・助:5,100円 ※(4番のみ)R7.4.1以前に受診の場合は、医・助: 5,100円
	12	. .	円	円	
子宮頸がん検診助成券	別	. .	円	円	医:3,560円 助:対象外
基 本 健 診 助 成 券 (多胎妊婦用)	1	. .	円	円	医 ・ 助 : 5,100円
	2	. .	円	円	医 ・ 助 : 5,100円
	3	. .	円	円	医 ・ 助 : 5,100円
	4	. .	円	円	医 ・ 助 : 5,100円
	5	. .	円	円	医 ・ 助 : 5,100円
合 計 (申請額の合計)				円	

3 振込先

金融機関名	銀行・金庫・農協								本店・支店・出張所	
預 金 種 別	普通・当座	口座番号	番号 (右づめで記入)						(フリガナ)	
									口座名義	
ゆうちょ銀行 口座への振込 を希望の場合	店番	番号 (右づめで記入)						(フリガナ)		
		口座番号						口座名義		

(添付書類) ①領収書（保険診療でないことが確認できるもの） ②福岡市の助成券（料金請求用のページ）

③振込先口座の通帳のコピー（預金名義人等が確認できるページ） ※母子健康手帳を持参してください。