

第1号様式（第4条関係）

京都市妊産婦健康診査費助成金交付申請書

年 月 日

(宛先) 京都市長

申請者
住 所

氏 名

生年月日 年 月 日生
電話番号

妊産婦健康診査費助成金の交付を受けたいので、京都市市妊産婦健康診査費助成金交付要綱第4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。

なお、本申請に基づく助成金の交付決定に当たり、確認等が必要な場合については、京都市が受診医療機関等に受診状況等の確認を行うことに同意します。

自己負担額 ※ (保険診療分を除く)				円
母子健康手帳の 交付を受けた日		年	月	日
出産日若しくは 妊娠が終了した日		年	月	日

※ 裏面に内訳等を記載

〔添付書類〕

①妊婦健康診査受診券及び産婦健康診査受診券

※ 未使用のもの全て

※ 助成金の交付申請に係る受診券については、「受診者記入欄」及び「医療機関等記入欄」に必要事項の記載があるもの

②医療機関等が発行する領収書原本

※ 受診者氏名、保険適用外の妊産婦健診費用であること、健診年月日、領収金額及び医療機関名等を確認できるもの

③妊産婦健康診査実施証明書

※ 上記①、②について必要事項の記載がない場合、又は紛失等により②を添付できない場合に添付

〔注意事項〕

- 1 助成金額は、医療機関等に支払った額全額ではなく、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。
京都市が申請内容を確認のうえ算定します。
- 2 助成金の申請は、妊娠が終了した日から1年以内に行ってください。

(裏面)

1 助成金の交付を申請する妊産婦健康診査の内容

検査項目	受診券種別	受診年月日	自己負担額 (保険診療分を除く)	京都市記入欄		
				受診券 確認	領収書金額 確認	助成決定額
基本健診 (1回目)	基本 ①	年 月 日	円		円	円
・ 問診、診察 (2回目)	基本 ②	年 月 日	円		円	円
・ 体重測定 (3回目)	基本 ③	年 月 日	円		円	円
・ 血圧測定 (4回目)	基本 ④	年 月 日	円		円	円
・ 尿検査 (5回目)	基本 ⑤	年 月 日	円		円	円
・ 保健指導 (6回目)	基本 ⑥	年 月 日	円		円	円
	基本 ⑦	年 月 日	円		円	円
	基本 ⑧	年 月 日	円		円	円
	基本 ⑨	年 月 日	円		円	円
	基本 ⑩	年 月 日	円		円	円
	基本 ⑪	年 月 日	円		円	円
	基本 ⑫	年 月 日	円		円	円
	基本 ⑬	年 月 日	円		円	円
	基本 ⑭	年 月 日	円		円	円
※ 多胎児のみ (15回目)	基本 多胎①	年 月 日	円		円	円
	基本 多胎②	年 月 日	円		円	円
	基本 多胎③	年 月 日	円		円	円
	基本 多胎④	年 月 日	円		円	円
	基本 多胎⑤	年 月 日	円		円	円
	基本 多胎⑥	年 月 日	円		円	円
血液検査						
・ 貧血(1回目)	追加 前期-血液 ①	年 月 日	円		円	円
・ 血糖(1回目)		年 月 日	円			
・ 血液型	追加 前期-血液 ②	年 月 日	円		円	円
・ 貧血(2回目)	追加 中期-血液 ③	年 月 日	円		円	円
・ 血糖(2回目)		年 月 日	円			
・ 貧血(3回目)	追加 後期-血液 ④	年 月 日	円		円	円
免疫検査						
・ 間接クームス	追加 前期-免疫	年 月 日	円		円	円
・ B型肝炎抗原検査		年 月 日	円			
・ C型肝炎抗体検査		年 月 日	円			
・ 風しんウイルス抗体値検査		年 月 日	円			
・ 梅毒検査		年 月 日	円			
B群溶血性レンサ球菌検査	追加 中期-B群	年 月 日	円		円	円
HIV抗体価検査	追加 前期-HIV	年 月 日	円		円	円
子宮頸がん検査(細胞診)	追加 前期-がん	年 月 日	円		円	円
超音波検査 (1回目)	追加 前期-超音波 ①	年 月 日	円		円	円
(2回目)	追加 前期-超音波 ②	年 月 日	円		円	円
(3回目)	追加 超音波 多胎①	年 月 日	円		円	円
(4回目)	追加 超音波 多胎②	年 月 日	円		円	円
(5回目)	追加 中期-超音波 ③	年 月 日	円		円	円
(6回目)	追加 超音波 多胎③	年 月 日	円		円	円
(7回目)	追加 後期-超音波 ④	年 月 日	円		円	円
HTLV-1抗体検査	追加 前期-HTLV-1	年 月 日	円		円	円
性器クラミジア検査	追加 クラミジア	年 月 日	円		円	円
産婦健康診査	産婦 ①	年 月 日	円		円	円
	産婦 ②	年 月 日	円		円	円
※ 受診年月日と自己負担額を記入して下さい。上記以外の検査の記載は不要です。					助成額 計	円

2 助成金の交付を申請する妊産婦健康診査を受診した医療機関等の名称等

名称	所在地	電話番号	備考