様式第１号

令和　　年　　月　　日

富山市多胎妊娠の妊婦健康診査費助成申請書

（宛先）　富山市長

申請者氏名

次のとおり、多胎妊娠により妊婦健康診査を通常の１４回を超えて受診しましたので、関係書類を添えて、

富山市多胎妊娠の妊婦健康診査費助成を申請します。また、次の事項について同意します。

(1) 本申請書及び添付資料に含まれる個人情報について、 市が助成金交付の可否に係る確認にのみ利用すること

(2) 医療機関等が、申請者の申請状況や検査内容等の情報を市に提供すること

(3) 検査内容や費用について、支払いに必要な情報について市が医療機関等へ照会すること

**１　氏名・住所等　（申請者記入）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 氏　名（妊産婦） |  |
| 住　所 | 〒　　　－　　　　　　　　　 |
| 電話番号 | 　　　　　　　　　（　　　　　　　） |

**２　妊婦健康診査受診日　（通常の14回を超えた健康診査分）**

**★　申請者は、太枠内をご記入ください。**（※印は市で記入します）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 回 | 受診年月日 | 健診支払額※ | 助成決定額※ | 助成決定額合計※ |
| １（15回目） | 　年　　月　　日 | 円 | 円 | 円 |
| ２（16回目） | 年　　月　　日 | 円 | 円 |
| ３（17回目） | 年　　月　　日 | 円 | 円 |
| ４（18回目） | 年　　月　　日 | 円 | 円 |
| ５（19回目） | 年　　月　　日 | 円 | 円 |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請確認印 | 申請受理印 |
|  |  |

**※　市担当者記入欄**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 回 | １ | ２ | ３ | ４ | ５ |
| 領収書 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 明細書 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 母子健康手帳 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 医療機関への照会 | □　同意を得ました。 |