

山梨市妊婦健康診査受診費助成金交付申請書

記入例

住所：山梨市
氏名：
電話：

妊婦健康診査を受診

受診者本人の名前で申請してください。

受診者氏名	受診者本人の名前で申請してください。			
生年月日	昭和・平成	年	月 日	
住所	〒40 山梨市 ☎ 携帯	— — —	— — —	
出産予定日	令和	年	月 日 母子健康手帳番号 ()	
妊婦健診受診日	受診年月日		受診時の妊娠週数	市役所記入欄
	①	令和 年 月 日	週	円
	②	令和 年 月 日	週	円
	③	令和 年 月 日	週	円
	④	令和 年 月 日	週	円
	⑤	令和 年 月 日	週	円
	⑥	令和 年 月 日	週	円
	⑦	令和 年 月 日	週	円
	⑧	令和 年 月 日	週	円
	⑨	令和 年 月 日	週	円
⑩	令和 年 月 日	週	円	
医療機関名	住所 病院・医院・助産所名 ☎ 記入せずに申請してください。 申請時に確認後、記入します。			
申請金額	記入せずに申請してください。 申請時に確認後、記入します。			

記入せずに申請
してください。
申請時に確認後
記入します。

※助成限度額は、妊婦健康診査費用の実額とし、妊婦一般健康診査（基本検査）は1回につき6,000円を、
追加検査①は8,000円、追加検査②③④⑥は1,000円、追加検査⑤は1,750円を上限とする。

《振込指定口座》

金融機関名	() 銀行 () 支店 () 信用金庫・信用組合 () 支店 JAフルーツ山梨 () 支所 ゆうちょ
口座番号	受診者本人の口座を記入してください。 ※ゆうちょ銀行の場合は、通帳をご持参ください。
口座名義人(カタカナ)	

《承諾欄》

私は、山梨市が妊婦一般健康診査費用助成申請に係る事務を行うに当たり、住民基本台帳等を閲覧することを承諾します。

令和 年 月 日

申請者 住所 山梨市
氏名

注意1) 口座は受診者本人の名義で申請してください。
必要添付書類1) 領収書、診療内容のわかる明細書
3) 妊婦一般健康診査受診票
申請期限：出産日から1か月以内に申請をしてください。

受診者本人の氏名をご記入ください。
日付は記入せずにお持ちください。