

（表面）

米子市妊婦一般健康診査費用助成金交付申請書

次のとおり、妊婦一般健康診査費用助成金の交付を申請します。

年 月 日

米子市長 様

申請者	ふりがな 氏名	_____	生年月日	年 月 日
	住所	〒 _____ 米子市	連絡先	_____
	滞在先	※上記住所と異なる場合に記載してください 〒 _____	連絡先	_____
申請理由	委託外医療機関・県外助産所での受診のため			
実施医療機関名				
実施助産所名				

【添付書類】

- 妊婦一般健康診査領収証書又は受診した医療機関又は助産所が交付した領収書（氏名、発行日又は請求期間及び妊婦一般健康診査に要した額の記載並びに領収印があるもの）
- 米子市が発行した未使用の妊婦健康診査受診票
- 母子健康手帳の写し（受診日及び妊婦一般健康診査の内容を確認することができるもの）

注意事項、必ずご確認ください！

- 妊婦健康診査受診日に、米子市に住民登録のある方が対象となります。
- 医療法に定める病院、診療所及び助産所のうち、米子市と委託契約をしていない医療機関等で受診した妊婦健康診査が対象となります。
- 母子健康手帳の交付日以降の妊婦健康診査を対象とします。
- 妊娠判定のため診察や、健康保険適用の診療、基本的な妊婦健康診査を実施していない診療、文書料等にかかる費用は対象となりません。
- 助成回数は、米子市が発行した受診票の未使用枚数を上限とします。
- 助成金の額は、自己負担をした費用の全額ではありません。申請額のうち、定められた助成上限金額と自己負担をした費用とを比較して少ないほうの金額になります。
- 助成上限金額は、米子市妊婦一般健康診査費用助成金交付要綱に規定する額とします。
- 助成金額は、受診年月日の属する該当年度で規定された額となります。
- 申請期限は、出産日から起算して1年以内です。（期限の日が市の休日の場合は、市の休日の翌日を期限とします。）

※ご提出いただいた個人情報、本助成交付事業以外の目的で利用することはありません。
 ※交付審査において、申請の内容確認等が必要な場合には、市が受診医療機関等に受診状況を確認することがあります。

裏面も必ずご記入ください。

捨印
 字修正
 字削除
 字挿入

