様式第１号（第６条関係）

古賀市多胎妊娠妊婦健康診査費用補助金交付申請書兼実績報告書（兼請求書）

年　　　月　　　日

（宛先）古賀市長

申請者　　住　　所

　　　　　氏　　名

　　　　　電話番号

古賀市多胎妊娠妊婦健康診査費用補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請し、補助事業の実績を報告します。なお、交付決定後は、本申請書をもって古賀市多胎妊娠妊婦健康診査費用補助金を請求するものとします。

また、市が医療機関等に対し、下記の申請に必要な情報について照会することに同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 生年月日 | 　　　　　 年　　 月　　 日 |
|  |
| 住所 |  | 出産(予定)日 | 年　 月　 日 |
| 交付申請額等 | 受診日 | ①自己負担金額(保険適用分を除く) | ②補助限度額 | 申請額(①と②のうち少ない額) |
| 年　 月　 日 | 円 | 5,100円 | 円 |
| 年　 月　 日 | 円 | 5,100円 | 円 |
| 年　 月　 日 | 円 | 5,100円 | 円 |
| 年　 月　 日 | 円 | 5,100円 | 円 |
| 年　 月　 日 | 円 | 5,100円 | 円 |
|  | 申請額合計 | 円 |
| 振込先 | 金融機関名 |  | 銀　　行信用組合信用金庫農　　協 |  | 本　店支　店支　所出張所 |
| 預金種別 | 普通 ・ 当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |
| 関係書類 | ⑴ 医療機関等発行の領収書　⑵ 診療明細書　⑶ 母子健康手帳の「表紙」「妊娠中の経過」の部分の写し（全てのお子様分）　⑷ 振込先口座がわかるもの　⑸ その他市長が必要と認める書類 |

※保険適用外の妊婦健診が対象です。（※健康保険適用分は対象外です。）

※妊娠判定のための診察や妊娠の届出をする前の妊婦健診は対象外になります。

※1回目から14回目の妊婦健診に係る費用は対象外になります。