

千葉市多胎妊婦健康診査費用助成申請書

年 月 日

(あて先) 千葉市長

千葉市多胎妊婦健康診査費用助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて、千葉市多胎妊婦健康診査費用の助成を申請します。

また、千葉市多胎妊婦健康診査費用助成の申請にあたり、千葉市が医療機関又は助産所に対し、下記の申請者の助成に関する情報の照会並びに提供を求めることに、同意します。 **※太枠の中と右上の日付を記入してください**

申請者 (受診者)	フリガナ 氏名(署名)	※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。 ※受診時旧姓の時記入 旧姓()			生年月日 昭和・平成 年 月 日
	現住所	(〒 市 区) ※受診後転出した者は、旧住所(千葉市の住所)と転出日を記入 (旧住所) / 年 月 日 転出			
	日中連絡先電話番号	- -	連絡先電子 メールアドレス	@	
	出産(予定)日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 出産予定			
振込先	金融機関	銀行 金庫・農協		本店・支店 出張所	
	口座	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	No	(フリガナ) 口座名義人	()
申請金額	1回の受診につき、4,500円を助成上限額とし、助成上限額と実際に要した保険適用外の妊婦健康診査料を比較して、低い金額を申請額とします。				
本制度の申請について	<input type="checkbox"/> 初めて申請 <input type="checkbox"/> 2回目以降の申請		今後の申請予定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
申請する健診の 受診年月日	実施機関	自己負担額 *保険適用外の妊婦健診料を、金額が高い順に記入する	市記載欄		
			1 健診料審査 保険適用外の妊婦健診料(*1)	2 助成上限額 対照 上限額(*2)	3 助成額審査 (*1)、(*2)のうち低い金額を助成額とする
年 月 日	医療機関 助産院(有床・出張)	円	円	円	円
年 月 日	医療機関 助産院(有床・出張)	円	円	円	円
年 月 日	医療機関 助産院(有床・出張)	円	円	円	円
年 月 日	医療機関 助産院(有床・出張)	円	円	円	円
年 月 日	医療機関 助産院(有床・出張)	円	円	円	円
(受付印)	決定額合計				円