

新潟市多胎妊娠の妊婦健康診査支援事業申請書

多胎妊娠に伴い妊婦一般健康診査の受診回数が、市の規定する回数を超えて受診したので、助成金を申請いたします。

年 月 日

(宛先) 新潟市長

\*太枠内をご記入ください

申請者 (妊産婦本人)	(フリガナ) 氏名	( )	母子健康 手帳番号										
	生年月日	年 月 日											
	住所	〒 昼間の連絡先電話番号 ( )											
今回の妊娠届出後に住所を変更した方は、前住所地をご記入下さい。			住所変更日: 年 月 日 [右記市役所記入欄:確認 要・否] 前住所:										
<p>【同意書】 助成金を受けるにあたり、必要があるときは、住民基本台帳の閲覧や受診機関への支払い内訳確認等、関係部署等に確認することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者氏名 _____</p>													
振 込 先	金融機関名	銀行・信用金庫) 農協・( )							本店・出張所 支店・( )				
	預金種別	普通 当座	口座番号										
	(フリガナ) 口座名義人	( )											

※ 申請者以外の口座に振込希望の方は、下記の委任状をご記入ください。

私は、次の者に多胎妊娠の妊婦健康診査費助成金の受領に関する一切の権限を委任します。	
受任者 (口座名義人)	委任者 (申請者)
住所	住所
氏名	氏名
申請者との続柄	

添付書類

- 1 口座番号, 名義人 (カタカナ) の記載されている通帳のコピー
- 2 受診時の領収書とその明細書 (どちらも原本とコピー)
- 3 母子健康手帳の「表紙」「妊娠中の経過」「検査の記録」欄のコピー (全ての児のもの)

**【申請要件・注意事項】**

- 妊婦健康診査受診日に、新潟市に住民登録のある方が対象となります。
- 通常14回の妊婦健康診査の支援を超える健診が生じた場合に、超えた部分に対して受診した妊婦健康診査が対象となります。
- 海外で実施した健康診査、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。
- 助成金は5,000円を上限とし自己負担をした費用と比較して少ないほうの金額となります。
- 申請期限は、最後に受けた妊婦健康診査受診日から1年以内です。

新潟市使用欄（記入しないでください）

	受診日	支給額	総額
①	年 月 日	円	
②	年 月 日	円	
③	年 月 日	円	
④	年 月 日	円	
⑤	年 月 日	円	
住民基本台帳確認欄		備考（ 年 月 日転入・転出）	円

