様式第１号（第４条関係）

下野市妊産婦健康診査助成金交付申請書

住所	下野市	電話番号	（　　）
氏名		生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日

受診医療機関	名　称	
	所在地	

	回数	健康診査受診日	回数	健康診査受診日
妊婦健康診査	第1回目	平成　　年　　月　　日	第8回目	平成　　年　　月　　日
	第2回目	平成　　年　　月　　日	第9回目	平成　　年　　月　　日
	第3回目	平成　　年　　月　　日	第10回目	平成　　年　　月　　日
	第4回目	平成　　年　　月　　日	第11回目	平成　　年　　月　　日
	第5回目	平成　　年　　月　　日	第12回目	平成　　年　　月　　日
	第6回目	平成　　年　　月　　日	第13回目	平成　　年　　月　　日
	第7回目	平成　　年　　月　　日	第14回目	平成　　年　　月　　日
産後１か月健康診査				平成　　年　　月　　日
交付申請額※	円（金額は記入しないでください）			

□私は、下記の者に助成金の受領に関する権限を委任します。

振込先	金融機関名		支店名	
	口座種別	普通	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義			

※　交付申請額は、妊産婦健康診査委託料と同額を上限とする。

〈添付書類：領収書・妊婦健康診査結果・産後１か月健康診査結果〉

上記のとおり妊産婦健康診査を受けたので助成金を交付されたく申請します。

平成　　年　　月　　日

下野市長　様

住所　下野市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

栃木県外の医療機関で
妊産婦健康診査を受けるとき

下野市の委託医療機関以外（栃木県外の医療機関）で妊産婦健診を受ける場合、医療機関窓口での健診費用は全額自己負担となりますので、妊産婦健康診査助成金の申請をしてください。申請方法は次のとおりです。申請書は、市のホームページにもあります。

申請方法

○下野市の「妊婦健康診査受診票」、「産後１か月健康診査受診票」を医療機関に提出し、妊産婦健診を受けてください。
（受診結果を医療機関で記入してもらってください。）
○健診費用を直接、医療機関に支払い、領収書を受け取ってください。
（医療機関の窓口では全額自己負担になります。）

次の関係書類を添付し、最終の健診を受けてから１年以内に妊産婦健康診査助成金の申請をしてください。
○妊婦健康診査受診票（結果が記入されていることが必要です。）
○産後１か月健康診査受診票（結果が記入されていることが必要です。）
○妊婦健康診査領収書の原本（必要があれば、原本確認後、お返しします。）
○妊産婦健康診査助成金交付申請書（押印と口座の記入も必要です。）
助成上限額は下記のとおりです。
※限度額を超える場合は自己負担となります。

受診票回数		助成金額
妊婦健康診査	１回目	20,000 円を上限とし、妊婦健康診査に要した額
	８回目	11,000 円を上限とし、妊婦健康診査に要した額
	１１回目	9,000 円を上限とし、妊婦健康診査に要した額
	上記以外	各回 5,000 円を上限とし、妊婦健康診査に要した額
産後１か月健康診査		5,000 円を上限とし、産後１か月健康診査に要した額

◆問合せ及び申請先
下野市　健康増進課　母子保健グループ
〒329-0492　下野市笹原 26 番地（下野市役所１階）
☎０２８５－３２－８９０５

※栃木県外にも下野市と契約している医療機関が一部あります。