【令和7年度】妊婦一般健康診査・産後健康診査・妊婦歯科健康診査 費用助成申請書 鳥 取 市 長 様

| | 標記(| こついて、領収 | マ書等を添え | て申請します | す。 | | ※太村 | をご記入くた | どさい。 | |
|--------------|-------------------------|--|---------------------|----------------------|--------------------|---------------|-------------|--------------|---------------------|--|
| | 氏 名 | | | | | | | | | |
| 受診者 | 生年月日 | 昭和 | | 平成 | | 年 | 月 | 日 | | |
| | 住 所 | 鳥取市 | | | | | | | | |
| | | 妊婦一般健康診査 1回目 2回目 3回目 4回目 5回目 6回目 7回目 | | | | | | | | |
| | 受診項目 | | 1回目 妊娠12週前後 | | 3回目 | 4回目 | 5回目 | 6回目 | 7回目 | |
| | XD AL | 子宮頸部がん検診未実施 | 子宮頸部がん検 子宮頸部がん検 | | 妊娠20週 前後 | 妊娠23週 前後 | 妊娠24週 前後 | 妊娠26週 前後 | 妊娠28週 前後 | |
| | 受診年月日 | | | | | | | | | |
| | 自己負担額(円 |) | | | | | | | | |
| | 市の助成限度額 (単位:円) | | | 3, 780 | 3, 780 | 3, 780 | 3, 780 | 3, 780 | 3, 780 | |
| | 超音波検査 | 01 750 | 0E 0E0 | 11, 080 | 11, 080 | 11, 080 | 11, 080 | 11, 080 | , | |
| | HTLV-1有: | 21, 750 | 25, 350 | | | | | 17, 520 | 17, 520 | |
| | GBS有: | | | | | | | 16, 930 | 16, 930 | |
| | クラミジア検査 | 1, 880 | 1, 880 | 1, 880 | 1, 880 | 1, 880 | 1, 880 | 1, 880 | 1, 880 | |
| 妊婦・産後健康診査 | 助成額 | | | | | | | | | |
| | 受診項目 | 0.67.0 | 0.67 | | 婦一般健康診 | | 1000 | 1468 | │ │ 妊婦 │ 歯科健診 | |
| | | 多回目 妊娠30週 | 9回目 妊娠32週 | 10回目 妊娠34週 | 1 1 回目 妊娠 3 6 週 | 12回目 妊娠37週 | 13回目 妊娠38週 | 14回目 妊娠39週 | | |
| | 受診年月日 | 前後 | 前後 | 前後 | 前後 | 前後 | 前後 | 前後 | | |
| | | | | | | | | | | |
| | 自己負担額(円 | | | | | | | | | |
| | 市の助成限度額 (単位:円) | 3, 780 | 3, 780 | 3, 780 | 3, 780 | 3, 780 | 3, 780 | 3, 780 | | |
| | HTLV-1有: | 17, 520 | 17, 520 | 17, 520 | 17, 520 | 17, 520 | 17, 520 | 17, 520 | 2, 200 | |
| | GBS有: | 16, 930 | 16, 930 | 16, 930 | 16, 930 | 16, 930 | 16, 930 | 16, 930 | | |
| | クラミジア検査 | 1, 880 | 1, 880 | 1, 880 | 1, 880 | 1, 880 | 1, 880 | 1, 880 | | |
| | 助成額 | | | | | | | | | |
| | 受診項目 | | 多胎妊娠妊婦一般健康診査 | | | 5回目 | 産後健康 | | | |
| | | 1 回目 | 2回目 | 3回目 | 3回目 4回目 | | (1回目) | | (2回目) | |
| | 受診年月日 | | | | | | | | | |
| | 自己負担額(円 | | | | | | | | | |
| | 市の助成限度額 (単位:円) | 3, 780 | 3, 780 | 3, 780 | 3, 780 | 3, 780 | 5, 000 |) | 5, 000 | |
| | 助成額 | | | | | | | | | |
| | 申請金額 | | H | | | | | | | |
| | 申請理由 | | | | !約外医療機関 | で受診したた | め | | | |
| | ※ただし、受 | 診費用が限度額に消 | 満たない場合は、 | 医療機関で支払 | ムった受診金額を | E助成するものと | :する。 | | | |
| | | 令和 年 | 月 | 日 | | , = | | | | |
| | | | / <u>.</u> . == -:· | 25. | 郵便番 | F号 | _ | | | |
| | | | (申請者) | 住 | 所 | | | | | |
| | | | | 氏 | 名 | | | | (P) | |
| | | | | 受診 | 者との続柄 | | | | | |
| х ь = | | 下記口座に振込 | | 電 を | 話 (|) 药全種则,口应当 | - ロスプロコノナ | \ | | |
| 受診 | ちょ銀行の場合は、 き者と、申請者や振込 | 込先の口座名義人が | 相違する場合は | 委任状が必要となっ | なります。 | | 「ケビー記入くだる | · · | ===: | |
| | 金融機関名 | 本・支店名 | 預金 | 種別 | 口座番号 | | | 口座名義〈カ | タカナで記入〉 | |
| | | | 普通 | - 当座 | | | | | | |