

周南市妊婦・乳幼児健康診査受診者補助金について

里帰り出産等により、県外や契約外の医療機関、助産所で妊婦・乳幼児健康診査を受診し、健康診査費用を自費で支払った場合は、その費用の一部または全部を補助します。

1 対象者

周南市から妊婦・乳幼児健康診査受診票の交付を受けていて、県外または契約外の医療機関（日本国外の医療機関を除く）や助産所で受診し、受診日において周南市に住民登録がある方

2 対象となる健康診査

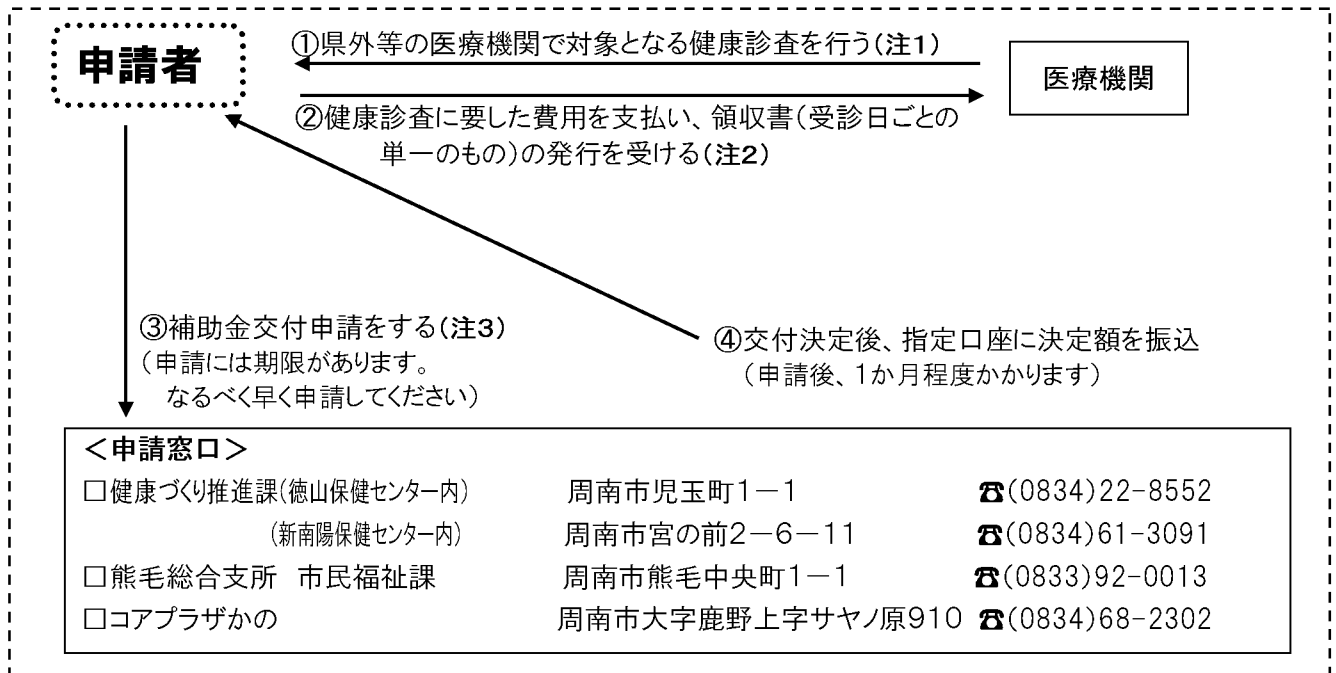
周南市が実施している次の健康診査が対象です。

- (1) 妊婦健康診査（1～14回・クラミジア抗体検査）
- (2) 乳児健康診査（1か月児・3か月児・7か月児）
- (3) 幼児健康診査（1歳6か月児[小児科・歯科]）



※妊娠届出前の健康診査や検査、保険適用診療分、健康診査以外の保険外適用診療分は対象になりません。
※補助金額には上限金額があります。（上限金額を超えた費用は自己負担です。）

3 申請の流れ



(注1)・・・受診の際、母子健康手帳と受診票を持参し、診査結果を記入してもらってください。

(注2)・・・レシート不可。領収書の発行を受けられない場合は、健康診査（受診日ごと）に要した費用の証明書（医療機関作成、様式は自由）を提出してください。

4 申請に必要なもの(注3)

- ① 周南市妊婦・乳幼児健康診査受診者補助金交付申請書（別記第1号様式）
- ② 周南市妊婦・乳幼児健康診査受診者補助金交付請求書（別記第3号様式）
- ③ 口座振込先を確認できるもの（通帳等）
- ④ 医療機関で診査結果を記入してもらった受診票
※記入してもらえなかった場合は、健診結果の記入がある母子健康手帳の写し
- ⑤ 医療機関の発行する領収書（原本）及び医療費明細書（お持ちの方）
※受診日ごとの単一のもの、領収印のあるもの
- ⑥ 母子健康手帳
- ⑦ 申請書・請求書に押印した印鑑（訂正が必要な場合や妊婦本人以外（夫等）の口座に振り込みを希望される場合に使用）

裏面を参考にご記入ください

5 申請期限

対象となる健康診査の受診日から2年以内（まとめて1回で申請する場合は、最後の受診日から2年以内）

【 記入のしかた 】

別記第1号様式（第5条関係）

①

周南市妊婦・乳幼児健康診査受診者補助金交付申請書

提出される日をご記入下さい。

平成2△年○月□日

(宛先)周南市長

郵便番号 700 - △△△△
 申請者 住 所 周南市○○町□番地1234
 ○○アパート△△号
 氏 名 周南 花子 ㊟
 電話番号 083△-□□-○△□○

補助金を申請される方の
 ・郵便番号
 ・住所（必ず**住民票上の住所地**）
 ・お名前
 ・電話番号 をご記入ください

※妊婦健診の場合、申請者は**妊婦さん本人**になります。
 ※乳幼児健診の場合、申請者は**保護者の方**になります。

周南市妊婦・乳幼児健康診査受診者補助金交付要綱第5条の規定に基づき、次のとおり補助金の交付を申請します。

1 補助年度	× 年度	2 補助金の交付申請の額	× 円
3 受診年月日	年 × 日	4 健康診査費用	× 円
5 受診者氏名	周南 花子 周南 太郎	6 受診者生年月日	昭和○○年△月□日 平成○○年△月□日
7 健康診査名	妊婦健康診査	1回目分・2回目分・3回目分・4回目分・5回目分 6回目分・7回目分・8回目分・9回目分・10回目分 11回目分・ <u>2回目分</u> ・ <u>13回目分</u> ・ <u>4回目分</u>	
	乳児健康診査	クラミジア抗原検査 (6・7・8・9・10回目のいずれかで使用)	
	幼児健康診査	<u>1</u> か月児 ・ 3か月児 ・ 7か月児	
8 受診医療機関	名称	○○クリニック	
	所在地	□□県△△市100番1号	

妊婦健診と乳幼児健診を、
 まとめて1度に申請する場合は
連名でご記入ください。

健康診査内容の該当項目を囲んでください。
妊婦健診の何回目分にあたるか不明の場合は、未記入でお持ちください。

受診医療機関名、所在地をご記入ください。

添付書類

- 1 領収書（原本）
- 2 健康診査受診票（医師又は助産師が署名したもの）又は母子健康手帳の受診結果のページの写し

【申請の際の注意点とお願い】

- ※ 「 ~~×~~ 」と書いてある箇所は、**記入しないでください。**
- ※ 朱肉を使用して押印する印鑑をご利用下さい。（**スタンプ印、又はインク内臓タイプの印鑑は使用しないでください。**）
- ※ 領収書の内訳と健康診査の内容について、市から受診医療機関へ問い合わせる場合がありますので、あらかじめご了承ください。

別記第3号様式（第7条関係）

②

周南市妊婦・乳幼児健康診査受診者補助金交付請求書

年 月 日

宛先 周南市長

郵便番号 700 - △△△
 申請者 住 所 周南市○○町□番地1234
 氏 名 周南 花子 ㊟
 連絡先 Tel. ●●● - ▲▲▲ - ○△△

周南市妊婦・乳幼児健康診査受診者補助金交付要綱第7条の規定により、次のとおり請求します。

1 補助年度	× 年度	2 補助金の交付請求額	× 円
3 補助金の交付決定額	× 円	補助金交付決定通知書 周健推第 × 号 × 年 × 月 × 日	
4 支払方法	口座振替	銀行	本店・本所
		金庫	支店・支所
		農協	出張所
		口座種別	<u>普通</u> ・ 当座
		口座番号	7 7 7 7 7 7 7
		口座名義人	周南 花子
		(フリガナ)	シュウナン ハナコ

- ・ 必ず預金通帳等でご確認の上、ご記入ください。
- ・ 妊婦健診で、**妊婦さん以外の口座に振込む場合委任状が必要**ですのでお申出ください。

別記第1号様式（第5条関係）

周南市妊婦・乳幼児健康診査受診者補助金交付申請書

年 月 日

(宛先)周南市長

郵便番号 ー

申請者 住 所 周南市

氏 名 ㊞

電話番号 ー ー

周南市妊婦・乳幼児健康診査受診者補助金交付要綱第5条の規定に基づき、次のとおり補助金の交付を申請します。

1 補助年度		年度	2 補助金の交付申請の額	円
3 受診年月日		年 月 日	4 健康診査費用	円
5 受診者氏名			6 受診者生年月日 年 月 日	
7 健康 診 査 名	妊婦健康診査	1回目分・2回目分・3回目分・4回目分・5回目分		
		6回目分・7回目分・8回目分・9回目分・10回目分		
		11回目分・12回目分・13回目分・14回目分		
	クラミジア抗原検査 (6・7・8・9・10回目のいずれかで使用)			
	乳児健康診査	1 か月児 ・ 3 か月児 ・ 7 か月児		
	幼児健康診査	1 歳 6 か月児		
8 受診医療機関		名 称		
		所在地		

添付書類

- 1 領収書（原本）
- 2 健康診査受診票（医師又は助産師が署名したもの）又は母子健康手帳の受診結果のページの写し

周南市妊婦・乳幼児健康診査受診者補助金交付請求書

年 月 日

宛先 周南市長

郵便番号 ー

申請者 住 所

氏 名 ㊟

連絡先 Tel ー ー

周南市妊婦・乳幼児健康診査受診者補助金交付要綱第7条の規定により、次のとおり請求します。

1 補助年度	年度	2 補助金の交付請求額	円								
3 補助金の交付決定額		円	補助金交付決定通知書 周健推第 号 年 月 日								
4 支払方法	口座振替	銀行 金庫 農協	本店・本所 支店・支所 出張所								
		口座種別	普通 ・ 当座								
		口座番号	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>								
		口座名義人	_____								
		(フリガナ)	_____								