

中之条町妊婦健康診査等補助金交付申請書

中之条町長 様

申請者 住 所：中之条町大字

氏 名：

受診者との続柄：

電 話：

下記のとおり、妊婦健康診査、妊婦歯科健康診査、新生児聴覚検査、1か月児健康診査、産婦健康診査、
産後ケアの補助金交付を申請します。

受診(利用)者氏名		受診(利用)者住所				
妊娠届出日		年 月 日	分娩(予定)日		年 月 日	
健診時期の目安	回	医療機関名	受診日	週数	健診費用	補助金額
妊娠初期 ～	1					
	2					
妊娠23週 (4週間に1回)	3					
	4					
妊娠24週 ～	5					
	6					
妊娠35週 (2週間に1回)	7					
	8					
妊娠36週 ～	9					
	10					
出産まで (1週間に1回)	11					
	12					
	13					
	14					
妊婦健康診査 補助金額 合計						
		医療機関名	受診日(検査日)	子の生年月日	健診(検査)費用	補助金額
妊婦歯科健康診査						
新生児聴覚検査						
1か月児健康診査						
産婦健康診査	2週間					
	1か月					
産後ケア	子の氏名				子の生年月日	
	回	医療機関及び助産所	利用内容	利用日	利用費用	補助金額
	1		宿泊・通所・訪問			
	2		宿泊・通所・訪問			
	3		宿泊・通所・訪問			
	4		宿泊・通所・訪問			
	5		宿泊・通所・訪問			
	6		宿泊・通所・訪問			
7		宿泊・通所・訪問				
産後ケア 補助金額 合計						
振込先 金融機関			銀行・農協 金庫・信用組合		本店・支店・支所	
	預金種別	普通・当座	口座番号			
	フリガナ					
		口座名義人				

中之条町妊婦健康診査等補助金交付申請要領

【補助金の対象等】

- この補助金の申請ができる人は、中之条町に住所のある人で各健診、新生児聴覚検査、産後ケアを受けた人、またはその費用を負担した人としてします。
- 各健診、新生児聴覚検査を妊娠届出等の際に交付される受診票により受診した際には、申請することができません。未使用分の受診票をお持ちください。
- 群馬県と群馬県医師会の締結する妊婦健康診査、新生児聴覚検査、1か月児健康診査、産婦健康診査の契約に参加しない医療機関や、群馬県外の医療機関で妊婦健康診査、新生児聴覚検査、1か月児健康診査、産婦健康診査を受診した場合が対象となります。
- 妊婦歯科健康診査については、町外医療機関で歯科健診を受けた場合が対象となります。健診結果が記載されている書類(妊婦歯科健康診査票、質問票、あるいは母子手帳)をお持ちください。
- 産後ケアについては、町と委託契約していない医療機関及び助産所で産後ケアを利用した場合が対象となります。産後ケア利用時、子については年齢が1歳未満を補助対象とします。
- 補助金交付金額は、健診各回、新生児聴覚検査、産後ケアの上限額を下表のとおりとします。それぞれの領収書(写し)を添付してください。
- 振込先金融機関名義人は申請者と同一人として下さい。なお、ゆうちょ銀行の口座をご利用の際には申請時に通帳をお持ちください。
- 各健診、新生児聴覚検査、産後ケアの費用は保険診療外の金額を記入してください。
- 申請の際には、必ず母子手帳をお持ちください。

【各回の妊婦健康診査補助金交付上限額】

健診時期の目安	回数	週数	上限額	備考
妊娠初期 ～ 妊娠23週 (4週間に1回)	第1回	初期～17週程度	20,740円	注) 上限額を超える健診費用は自己負担となります。また、上限額以下の場合はその金額となります。
	第2回	初期～23週程度	4,780円	
	第3回	18週～23週程度	6,330円	
	第4回	初期～23週程度	3,980円	
妊娠24週 ～ 妊娠35週 (2週間に1回)	第5回	24週～35週程度	3,980円	
	第6回		7,980円	
	第7回		4,980円	
	第8回		8,030円	
	第9回		8,170円	
	第10回		4,980円	
妊娠36週 ～ 出産まで (1週間に1回)	第11回	36週～ (1週間に1回)	4,980円	
	第12回		10,030円	
	第13回		4,980円	
	第14回		4,980円	

【妊婦歯科健康診査補助金交付上限額】	上限額	備考
	5,500円	注) 1回分の妊婦歯科健診の費用を助成上限額を超える検査費用は自己負担となります。また、上限額以下の場合はその金額となります。

【新生児聴覚検査補助金交付上限額】	上限額	備考
	3,000円	注) 1回分の聴覚検査の費用を助成上限額を超える検査費用は自己負担となります。また、上限額以下の場合はその金額となります。

【1か月児健康診査補助金交付上限額】	上限額	備考
	6,000円	注) 1回分の1か月児健康診査の費用を助成上限額を超える検査費用は自己負担となります。また、上限額以下の場合はその金額となります。

【産婦健康診査補助金交付上限額】	上限額	備考
	5,000円	注) 1回分の産婦健康診査の費用を助成上限額を超える検査費用は自己負担となります。また、上限額以下の場合はその金額となります。

【産後ケア補助金交付上限額】	上限回数	上限額	自己負担額	備考
	7回	10,000円/親子1組/回	2,000円/親子1組/回	注) 自己負担2,000円を引いた利用費用を補助します。産後ケア費用が助成上限額を超える場合は自己負担となります。

【 問い合わせ：中之条町保健センター 電話 0279-75-8833 】