

妊娠・出産に伴う費用助成金申請書

申請日 令和 年 月 日

申請先 北九州市長

私は、下記事項に同意の上、妊娠・出産に伴う費用助成金を申請します。

申請した内容について、北九州市が公簿等で確認したり、医療機関等に問い合わせることがあります。また、健診結果等により、連絡・訪問することがあります。

1 申請者

妊産婦住所	〒 北九州市 区				
妊産婦氏名	姓	名	母子健康手帳番号	交付年度 No.	5桁の番号
電話番号	-				

2 電子申請の確認

事前に、『産婦健診／新生児聴覚検査／産後ケア』のいずれかの電子申請をしていますか。

- 電子申請していない
 電子申請した項目がある ⇒

}	今回の振込先口座は、電子申請と同じ口座でよいですか。
	<input type="checkbox"/> 同じ口座でよい
	<input type="checkbox"/> 違う口座に振り込んでほしい(通帳の写し等をご提出ください)

3 必要書類(書類が揃っているか確認の上、☑してください)

申請項目	必要書類
共通 <small>※電子申請済みの場合不要</small>	<input type="checkbox"/> 妊産婦名義の通帳等(口座番号・口座名義等が確認できる部分)【写し】 (電子申請していない場合、または電子申請と違う口座に振り込む場合は提出が必要)
妊婦健康診査	<input type="checkbox"/> 領収書及び診療明細書【写し】 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳中「妊娠中の経過」ページ【写し】 <input type="checkbox"/> 未使用の妊婦健診助成券(右下に請求用(区役所控)と記載があるもの)【原本】
産婦健康診査 <small>※電子申請済みの場合不要</small>	<input type="checkbox"/> 領収書及び診療明細書【写し】 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳中「出産の状態」 当該ページが複写式になっている場合は、右下に(区役所控)と記載があるものの原本 当該ページが複写式になっていない場合は、当該ページの写し <input type="checkbox"/> 結果が記入された北九州市産婦健康診査受診票(右下に(本人控)と記載があるもの)【写し】 (北九州市受診票を使用しなかった場合は、産婦健診の結果がわかるものの写し)
新生児聴覚検査 <small>※電子申請済みの場合不要</small>	<input type="checkbox"/> 領収書及び診療明細書【写し】 (退院時の領収書に検査費が含まれている場合は、退院時の領収書及び診療明細書の写し) <input type="checkbox"/> 検査の結果がわかるもの(母子健康手帳中「検査の記録」ページなど)【写し】
産後ケア <small>※電子申請済みの場合不要</small>	<input type="checkbox"/> 領収書【写し】 <input type="checkbox"/> 記入された産後ケア利用証明書【写し】 (減免世帯の場合) <input type="checkbox"/> 市民税非課税証明書※【写し】 <input type="checkbox"/> 保護受給証明書【写し】 (※4月から6月までの間に申請する場合、前年度分の市民税非課税証明書の写し)

4 振込先 <small>※妊産婦名義の口座に限る。</small>	金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 農協	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	姓 (フリガナ) () () 名義人漢字 () ()
	口座番号	(右詰記入)	

子ども家庭局あて送付してよろしいか。			区役所 受付印
令和 年 月 日			
担当	係長	課長	

進達 令和 年 月 日

費用助成積算調書(妊婦健診用)

太枠内にご記入ください

助成券種類 (使用済みの□にはチェック)	領収書額(単位:円)	助成額(本市記入欄)
基本健診・妊娠初期血液検査助成券 (妊娠初期～23週) <input type="checkbox"/>	円	円
基本健診・貧血、血糖、超音波検査助成券 (妊娠24週～35週) <input type="checkbox"/>	円	円
基本健診・性器クラミジア検査助成券 (妊娠30週まで) <input type="checkbox"/>	円	円
基本健診・GBS検査助成券 (妊娠33週～37週) <input type="checkbox"/>	円	円
基本健診・貧血検査助成券 (妊娠36週～出産) <input type="checkbox"/>	円	円
基本健診・超音波検査助成券(任意) <input type="checkbox"/>	円	円
基本健康診査助成券(1回目) <input type="checkbox"/>	円	円
基本健康診査助成券(2回目) <input type="checkbox"/>	円	円
基本健康診査助成券(3回目) <input type="checkbox"/>	円	円
基本健康診査助成券(4回目) <input type="checkbox"/>	円	円
基本健康診査助成券(5回目) <input type="checkbox"/>	円	円
基本健康診査助成券(6回目) <input type="checkbox"/>	円	円
基本健康診査助成券(7回目) <input type="checkbox"/>	円	円
基本健康診査助成券(8回目) <input type="checkbox"/>	円	円
助成決定額(本市記入欄)		円

【注意事項】

- 福岡県、大分県、佐賀県、下関市内の登録医療機関で助成券を使用した箇所については、記載しないでください。
(上記の医療機関では、北九州市の妊婦健診助成券を提示することにより、医療機関での会計時に助成を受けています。)
- 上記以外の医療機関で受診した妊婦健診のうち、福岡県内で定める健診単価を上限額とし、実費を助成します。
- 原則として、出産後に他の申請(産婦健診/新生児聴覚検査/産後ケア)とまとめて申請してください。

積算調書(その他)

太枠内にご記入ください

<p style="text-align: center;">産婦健診【*】</p> <p style="text-align: center;">※電子申請済みの場合不要</p>	領収書額(単位:円)	助成額(本市記入欄) (決定額)
	円	円

【*】再健診対象となった場合は、「領収書額」の欄に、再健診の費用も含んだ額をご記入ください。

<p style="text-align: center;">新生児聴覚検査</p> <p style="text-align: center;">※電子申請済みの場合不要</p>	検査方法	領収書額(単位:円)	助成額(本市記入欄) (決定額)
	AABR	円	円
	OAE	円	円

<p style="text-align: center;">産後ケア</p> <p style="text-align: center;">※電子申請済みの場合不要</p>	領収書額(単位:円)		助成額(本市記入欄)
産後ケア1回目			
宿泊型 ・ 通所型 通所型(短時間) ・ 居宅訪問型	円		円
産後ケア2回目			
宿泊型 ・ 通所型 通所型(短時間) ・ 居宅訪問型	円		円
産後ケア3回目			
宿泊型 ・ 通所型 通所型(短時間) ・ 居宅訪問型	円		円
産後ケア4回目			
宿泊型 ・ 通所型 通所型(短時間) ・ 居宅訪問型	円		円
産後ケア5回目			
宿泊型 ・ 通所型 通所型(短時間) ・ 居宅訪問型	円		円
産後ケア6回目			
宿泊型 ・ 通所型 通所型(短時間) ・ 居宅訪問型	円		円
産後ケア7回目			
宿泊型 ・ 通所型 通所型(短時間) ・ 居宅訪問型	円		円
助成額決定額(本市記入欄)			円

【注意事項】

- 市外医療機関で受診した健診・検査のうち、本市が定める単価を上限額とし、実費を助成します。
- 原則として、出産後にまとめて申請してください。