

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することがあります。
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、『妊婦健診／産婦健診／新生児聴覚検査／1か月児健診／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。
 同じ口座でよい
 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 ※電子申請済みの場合不要	<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P8,9「妊娠中の経過」ページ【写し】 <input type="checkbox"/> 妊婦健診手帳【原本確認のみ】
産婦健康診査	<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P19「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	<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P22「検査の記録」ページなど)【写し】
1か月児健康診査	<input type="checkbox"/> 領収書及び診療明細書【写し】 <input type="checkbox"/> 結果が記入された北九州市1か月児健康診査受診票(右下に(本人控)と記載があるもの)【写し】
産後ケア	<input type="checkbox"/> 領収書【写し】 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳中P23「産後ケアの記録」【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 ※妊産婦名義の口座に限る。	金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀 行			<input type="checkbox"/> 本 店		
		<input type="checkbox"/> 金 庫			<input type="checkbox"/> 支 店		
<input type="checkbox"/> 農 協			<input type="checkbox"/> 出張所				
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	(フリガナ)	姓	名			
		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。
令和 年 月 日

担当 係長 課長

区役所 受付印

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)
子宮頸がん検診助成券 (妊娠初期) <input type="checkbox"/>	円	円
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(1回目) <input type="checkbox"/>	円	円
基本健診・超音波検査助成券(2回目) <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
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

産婦健診【*】	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。

新生児聴覚検査	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

1か月児健康診査	領収書額(単位:円)	助成額(本市記入欄) (決定額)
	円	円

産後ケア	領収書額(単位:円)	助成額(本市記入欄)
産後ケア1回目	円	円
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	円	円
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	円	円
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	円	円
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	円	円
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	円	円
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	円	円
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。
- 下関市の登録医療機関で産婦健康診査または新生児聴覚検査の受診票(検査票)を使用した箇所については、記載しないでください。(本市で助成済み)
- 原則として、出産後にまとめて申請してください。