（様式第１号）

福島市妊産婦健康診査費用助成申請書

福島市長　　No.＿＿＿＿＿＿

関係書類を添えて、下記のとおり妊産婦健康診査にかかる費用の助成を申請します。

申請日　令和　　年　　月　　日

申請者 （妊産婦検診受診者）	フリガナ		生 年 月 日	
	氏　名		昭和 平成	年　月　日
	住　所	〒 960 － 福島市 （現住所が異なる場合記入）　※福島市外の場合は、現住所を証明する住民票や免許証の写しが必要です。 〒　　－		
	電話番号		母子健康手帳番号	
申請する健診 （該当に○）	1　2　3　4　5　6　7　8　9　10　11　12　13　14　15　産後2週間　産後1か月			
	※多胎妊娠の方で妊婦健診が15回を超えた方は、多胎妊婦一人につき5回まで（1回5,000円上限）超過分の費用を助成します。　超過分1回目　2回目　3回目　4回目　5回目			
受診した都道府県名				
振込口座 （申請者口座）	金融機関名	金融機関コード　　銀行 金庫 組合	支店名	店番号　　店 支店 出張所
	普通預金口座番号 （左詰記入）		口座名義人 （カタカナ）	

【添付書類】
① 申請者の本人確認ができるもの
② 医療機関等が記入した妊産婦健康診査結果通知書（福島市保管分）　※色付の用紙
③ ②の支払金額を確認できる領収書と明細書　※妊婦・産婦健康診査と明記があり、検査項目が分かるもの
④ 母子健康手帳　※健診の受診日が分かるページ
⑤ 振込口座情報が分かるもの（妊産婦本人の通帳、キャッシュカード等）

【記載時の注意】
消えるペンや鉛筆、修正液や砂消し等は使用できません。

申請受付印

窓口担当者記入欄	本人確認手段 （該当に○）	マイナンバーカード・ その他（　運転免許証　/　　）		
入力事務記入欄	住所確認		GPRIME入力	

（R6年度～）

※市記入欄

受診年度　　助成金額

令和7年度 R7.4.1～R8.3.31		令和8年度 R8.4.1～R9.3.31			
回目	単価	回目	単価	決定金額	備考
1	5,780	1	5,780		
2	25,180	2	25,180		
3	5,780	3	5,780		
4	11,080	4	11,080		
5	5,780	5	5,780		
6	5,780	6	5,780		
7	5,780	7	5,780		
8	20,040	8	20,040		
9	5,780	9	5,780		
10	5,780	10	5,780		
11	16,340	11	16,340		
12	5,780	12	5,780		
13	5,780	13	5,780		
14	5,780	14	5,780		
15	5,780	15	5,780		
産後 2週間	6,580	産後 2週間	6,580		
産後 1か月	6,580	産後 1か月	6,580		
多胎追加 1回目	5,000	多胎追加 1回目	5,000		
多胎追加 2回目	5,000	多胎追加 2回目	5,000		
多胎追加 3回目	5,000	多胎追加 3回目	5,000		
多胎追加 4回目	5,000	多胎追加 4回目	5,000		
多胎追加 5回目	5,000	多胎追加 5回目	5,000		
合計		合計		¥	