



## 妊婦健康診査費用助成金を申請される方へ



里帰り出産等により、福岡県外で妊婦健康診査を受診された場合、申し出により、妊婦健康診査費の一部を償還払いいたします。（償還払いとは、費用を一旦自己負担していただいて、その後申請により費用の一部を助成する制度です。）

◆申請期間：妊婦健康診査受診日から1年以内

◆対象費用：妊婦健康診査費（保険適用の診療・治療分等は除く）

◆助成額：志免町で定めた金額を上限とした実費相当額  
（※定めた金額を超えた場合、差額は本人負担）

◆申請方法：健康課窓口にて下記書類を持参して下さい。

- ① 志免町妊婦健康診査費用助成金交付申請書兼請求書
- ② 妊婦健康診査費が記載してある領収書および明細書
- ③ 受診結果を記載している妊婦健診受診券（請求用のページ）

※令和4年3月までに交付されたものは「妊婦健診補助券」となっています。

※妊婦健診受診券に受診結果を添付しても可

- ④ 母子手帳（妊婦健診受診が確認できるページ）
- ⑤ 通帳（振込先の口座、支店名等がわかるもの）

\* 郵送で申請する場合は・・・\*

- ①に必要事項を記入し

（※1「申請額」と2「健診回数」は記入せずに提出ください）

- ③の原本、②④⑤のコピーを同封して郵送してください。

◆給付方法：申請書に記載された口座へ振込みます。

振込金額・振込日等の決定事項については、事前に通知をしますのでご確認ください。

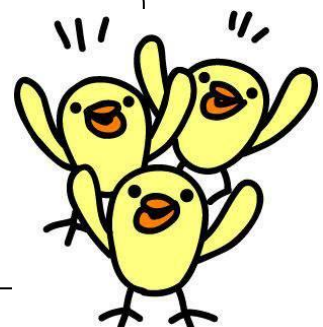
### <お問い合わせ及び申請先>

志免町役場 健康課 健康管理係

〒811-2292

糟屋郡志免町志免中央1丁目1番1号

☎092-935-1473（直通）



# 記入例

様式第1号（第11条第1項関係）

R〇年〇〇月〇〇日

志免町長様

申請者兼請求者 住所 **志免町志免中央〇-〇-〇**

氏名 **志免 華子**

電話番号 **092 ( 935 ) 〇〇〇〇**

## 志免町妊婦健康診査費用助成金交付申請書兼請求書

志免町妊婦健康診査助成金の交付を受けたいので、志免町妊婦健康診査実施要綱第11条第1項の規定により関係書類を添えて、下記のとおり申請・請求します。

### 記

- |                         |         |   |
|-------------------------|---------|---|
| 1 助成金交付申請額              | _____   | 円 |
| 2 申請に係る健診回数             | 計 _____ | 回 |
| ○基本健診補助券                | _____   | 回 |
| ○基本健診・妊娠初期血液検査、超音波検査    | _____   | 回 |
| ○基本健診・超音波検査             | _____   | 回 |
| ○基本健診・貧血検査              | _____   | 回 |
| ○基本健診・超音波検査・貧血検査・血糖検査   | _____   | 回 |
| ○基本健診・性器クラミジア検査         | _____   | 回 |
| ○基本健診・B群溶血性レンサ球菌（GBS）検査 | _____   | 回 |

電話で聞き取り  
をしますので  
記載せずに提出  
してください

### 3 振込先

(金融機関名)	本店
<b>〇〇銀行</b>	出張所
_____	<b>支店</b>
<b>普通</b> ・当座 (口座番号)	<b>△△</b>
_____	<b>1234xx</b>
(口座名義人) カタカナで記入してください。	
<b>シメ ケンジ</b>	

### 4 振込先の口座名義が申請者兼請求者と異なる場合

委任状	
〇〇年〇〇月〇〇日	私は、上記に係る助成金の受領を下記の者に委任します。
(住所) <b>志免町志免中央〇-〇-〇</b>	(氏名) <b>志免 けんじ</b>

以上

※4については、「3振込先」の口座名義が申請者兼請求者と異なる場合のみ記入して下さい。