

（表）

### 多胎妊婦健康診査費用助成申請書

多胎妊婦健康診査費用助成を申請します。  
 また、この申請に必要な住民基本台帳に関する情報について、大田区が調査することに同意します。

年 月 日

（宛先）大田区長

（フリガナ）

申請者（受診者）氏 名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_（ \_\_\_\_\_ ） \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日（ \_\_\_\_\_ 歳）

受診医療機関名	
受診医療機関住所	

- ※ 裏面に多胎妊婦健康診査の受診・支払い状況を記入してください。
- ※ 消せるボールペンは使用しないでください。
- ※ 氏名の訂正はできません。（受診者とは多胎妊婦健康診査を受診した方です）

健康づくり課使用欄（点線以下は記入しないでください。）

母子健康手帳確認 領収書確認 その他（ \_\_\_\_\_ ）

上記申請について、

1 支給を決定する。

支給額 \_\_\_\_\_ 円

支給内容：妊婦健診 15 回目以降（ \_\_\_\_\_ 回分）

2 不支給を決定する。

理由 \_\_\_\_\_

收受印          
---

年 月 日決定

(裏)

受診者氏  
名

---

契約外医療機関等での多胎妊婦健康診査の受診・支払い状況記入欄

受診回	受診年月日 (領収書を参照)	契約外医療機関等への支払い金額	認定助成金額 (健康づくり課記入)
15	年 月 日	円	円
16	年 月 日	円	円
17	年 月 日	円	円
18	年 月 日	円	円
19	年 月 日	円	円
合 計			円

【記入時の注意】

※太枠内をご記入ください。なお、消せるボールペンは使用しないでください。

※母子健康手帳交付以降、大田区に住民登録のある期間に医療機関等で14回を超えて自己負担で多胎妊婦健診を受診した分が対象です。健康保険での受診分は対象外です。

※受診日の古い順にご記入ください。