様式第4号（第8条関係）

年　　　月　　　日

身延町長　　　　　　　　様

（請求者）

住　所

氏　名　　　　　　　　　　㊞

多胎妊婦追加一般健康診査費助成請求書

次のとおり、請求します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【　　　回目　：　　　週】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 妊婦氏名 |  | 　　年　　月　　日生（　　　　　　歳） | 分娩予定日年　　月　　日 |
| 住　所 | 　　　　　TEL | 母子健康手帳No. |  |
| 支払金融機関 | 金融機関名 | 本店　・　支店 | 口座番号 | 普通・当座（　　　　　　　　　） |
| (フリガナ) |  |
| 口座名義 |  |
| 助成請求額（助成限度額6,000円） | □　６，０００円　（6,000円を超えた分の金額は自己負担）□　　　　　　円　（限度額に満たない場合に記入） |

◇医療機関等記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受診年月日 |  　　　年　　　月　　　日 | 妊娠週数 | （　　　　　　　）　週 |
| 検査項目 | □　基本的な妊婦健康診査　　□　血液検査　　□　超音波検査□　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 所見 | 該当する番号に○をつけてください。また、2～5については、該当するものに○又は記入願います。

|  |
| --- |
| 1　異常なし |
| 2　要指導（経過観察も含む）3　要精密検査 | 高血圧・蛋白尿・浮腫・貧血・血糖・尿糖 B群溶血性連鎖球菌・感染症 《 HIV、HCV、HBs、梅毒、風疹ウィルス、その他（　　　　　　）　》 |
| 4　治療中　病名　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）5　その他　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

上記のとおり証明します。医療機関名担当医師　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

※助成限度額は6,000円です。6,000円を超えた分の金額は自己負担になります。

※「領収書（原本）」と「診療明細書」を添付して請求してください。