

## 妊婦健康診査 還付申請

※郵送による申請をされる方は、こちらのチェックリストを同封してください。

| 対象者チェックリスト   | チェック欄 |
|--|-------|
| 1. 健康診査費用が補助券に記載されている金額以下の場合、また本券が医療機関や助産院で使用できなかった場合であること                       |       |
| 2. 妊婦健康診査の受診日において、大和市に住民登録をしていること  |       |
| 3. 出産日より1年以内であること<br><b>※すくすく子育て課の受理日を申請日とします。申請日が申請期日を超過した場合、消印日を申請日と判断します。</b> |       |

| 申請に必要なものチェックリスト   | チェック欄 |
|---|-------|
| 1. 大和市妊婦健康診査費用助成申請書（第2号様式）<br><b>※対象者・申請および請求者・振込先口座名義人は、妊婦本人となります。（配偶者は不可）</b>                                 |       |
| 2. 大和市妊婦健康診査費用助成請求書<br><b>※妊婦本人の氏名でお願いします。</b>  |       |
| 3. 助成対象となる領収書の原本<br><p style="text-align: right;">合計_____枚</p>  |       |
| 4. 妊婦健康診査費用補助券（未使用分のみ）<br><b>※各妊婦健康診査費用補助券は、3枚綴りとなっています。</b><br><b>妊婦氏名、生年月日についてはご記入ください。</b>                   |       |
| 5. 母子健康手帳の表紙のコピー、<br>および妊婦健康診査受診日の記載ページのコピー   |       |
| 6. 妊婦本人名義の普通預金口座が確認できるもの（通帳またはキャッシュカード）のコピー<br><b>※旧姓の口座は認められません。</b><br><b>※名義と口座番号がはっきり認識できるようにコピーしてください。</b> |       |

**【申請方法】**

窓口へ持参または、下記のあて先に郵送してください。

郵送の場合は差出し・配達記録が残る簡易書留や特定記録郵便などの利用をお勧めします。普通郵便で送付された書類の到達確認はお受けできない場合があります。

**【送付先・事務担当】**

〒242-8601

大和市鶴間1-31-7 大和市保健福祉センター2階

すくすく子育て課 母子保健係 妊婦健康診査助成担当

046-260-5609