

多胎児を妊娠されている方へ ❀ 妊婦健康診査追加助成のご案内 ❀

※多胎児
…ふたご、みつご等

通常の妊婦健康診査14回の受診後、追加で妊婦健康診査を受診した場合に、5回分まで費用の一部を助成します。助成を受けるには、**受診後に申請が必要**です。



対象者 次の要件を満たす多胎妊娠の方

- (1) 15回目以降の妊婦健康診査を受けた。(保険診療は対象外)
- (2) 妊婦健康診査受診日に葛飾区に住民登録がある。

助成額・回数

- (1) 妊婦健康診査1回につき、上限 5,280円 (R6年度受診分は 5,140円)
- (2) 妊婦一人につき、5回まで

必要書類

- (1) 葛飾区多胎妊娠に伴う妊婦健康診査費用助成申請書兼請求書
- (2) 医療機関から発行された領収書・明細書等の**写し**(以下①～⑤の内容が記載されているもの)
①氏名 ②受診年月日 ③医療機関名等 ④領収額 ⑤妊婦健康診査の受診であること
- (3) すべての児の親子健康手帳(母子健康手帳)
郵送の場合は ①表紙 ②妊娠中の経過(妊婦健康診査の記録) のコピーをとってご送付ください。
* 葛飾区で交付した母子健康手帳の場合、②は8～9ページ
- (4) 印鑑(朱肉を使うもの、スタンプ印不可)
(1)の申請書兼請求書へ押印してください(2か所)
訂正の場合は訂正印を押してください。 印鑑は郵送しないでください。
- (5) (1)に記載した振込先口座番号の分かるもの (通帳・キャッシュカード等)
郵送の場合はコピーをとってご送付ください。

※ご郵送で不備がある場合は追加で資料等お送りいただく場合がございます。

申請期限 出産日から**1年以内**(出産後お子さまの1歳の誕生日前日までの間)

申請方法 **子ども家庭支援課母子保健係の窓口**または**郵送**

※区役所・保健センター・区民事務所では**受け付けておりません**のでご注意ください。
※郵送で申請される場合は、要件や書類の確認をするため、事前にご連絡をお願いします。

助成費用の交付

申請から約1か月後に結果を通知(郵送)し、決定額を振り込みます。

申請・問合せ先

〒125-0062 葛飾区青戸4-15-14
健康プラザかつしか 子ども総合センター内
子ども家庭支援課 母子保健係 TEL ☎ 03-3602-1387

〈必ずお読みください〉 助成要件確認のための個人情報の収集について
当助成の要件確認のため、個人情報保護管理責任者である子ども家庭支援課長が、以下の情報を収集します。

- ① 申請者及び子の住民基本台帳の情報(住所・氏名・生年月日・続柄・転入前住所・転入日・転出先住所・転出日)(情報収集元:戸籍住民課長)
- ② (妊娠中に葛飾区に転入してきた方のみ)転入前自治体での妊婦健康診査費用助成金の受給状況
(情報収集元:転入前自治体の担当部署)

以上の収集に同意いただけない場合は、当助成を受けることはできません。

葛飾

記入例

葛飾区多胎妊娠に伴う妊婦健康診査

※朱肉を使う印を2か所押印してください。
(注意) スタンプ印は使用できません。※ 申請に当たり、子ども家庭支援課長が
療機関に問い合わせをすることに同意し

※申請額・請求額については、記入不要です。な場合は受診医

空欄のままご提出ください。

葛飾区長宛て

〇〇年 〇月 〇日

申請額・請求額 金

円

住 所

〒

-

葛飾区 立石

〇丁目

〇番

〇号

葛飾公園前マンション〇〇〇

フリガナ

カツシカ ハナコ

電 話 番 号

(日中の連絡先)

〇〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇

申 請 者
氏 名

葛飾 花子

葛飾

母子健康手帳交付日

(児により異なる場合はすべて記入)

〇〇年 〇月 〇日

生 年

〇年 〇月 〇日

出 産 年 月 日

〇〇年 〇月 〇日

申請者は
妊産婦様です。

妊婦健

回数

診日

領収額(a)

交付限度額(b)

申請額内訳

(a)と(b)のうちで少ない額

R6 年度

R7 年度

(15)回目
妊 婦 健 康 診 査

令和7年 3月 20日

5,000円

5,140 円

5,280 円

5,000円

(16)回目
妊 婦 健 康 診 査

令和7年 3月 27日

6,000円

5,140 円

5,280 円

5,140円

(17)回目
妊 婦 健 康 診 査

令和7年 4月 3日

6,000円

5,140 円

5,280 円

5,280円

()回目
妊 婦 健 康 診 査

年 月 日

円

※合計額については、記入不要です。

空欄のままご提出ください。

()回目
妊 婦 健 康 診 査

年 月 日

円

消せるボールペンは
使用しないでください。
修正テープ、修正液は
使用しないでください。

い、実施日により交付限度額が異

合 計

円

振込先

金融
機関名銀行・信用金庫
信用組合・農協本店・支店
出張所

金融機関コード

〇 〇 〇 〇

種 別

1・普通

2・当座

口座番号

〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇

フリガナ

カツシカ ハナコ

口座名義人 ※上記、申請者と同一

葛飾 花子

申請者（妊産婦様）の
口座をご記入ください。☐ 母子健康手帳 ☐ 領収書・明細書等

窓口 受付者 _____

住民日 年 月 日 ~ 転出日 年 月 日

葛飾区多胎妊娠に伴う妊婦健康診査費用助成申請書兼請求書

関係書類を添えて、葛飾区多胎妊娠に伴う妊婦健康診査費用助成要綱第6条第1項の規定により、下記のとおり多胎妊娠に伴う妊婦健康診査費用の助成を申請し、及び請求します。なお、支給決定金額は下記の口座に振り込んでください。

※ 申請に当たり、子ども家庭支援課長が私の住民基本台帳を閲覧すること、また確認等が必要な場合は受診医療機関に問い合わせをすることに同意します。

葛飾区長宛て

年 月 日 申請額・請求額 金 円

住 所	〒 ー 葛飾区 丁目 番 号				
フリガナ			電 話 番 号 (日中の連絡先)	()	
申 請 者 氏 名	㊟		母子健康手帳交付日 (児により異なる場合はすべて記入)	年 月 日	
生年月日	年 月 日		出 産 年 月 日	年 月 日	
妊婦健康診査 回数	受診日	領収額(a)	交付限度額(b)		申請額内訳 (a)と(b)のうちで少ない額
			R6 年度	R7 年度	
()回目 妊 婦 健 康 診 査	年 月 日	円	5,140 円	5,280 円	円
()回目 妊 婦 健 康 診 査	年 月 日	円	5,140 円	5,280 円	円
()回目 妊 婦 健 康 診 査	年 月 日	円	5,140 円	5,280 円	円
()回目 妊 婦 健 康 診 査	年 月 日	円	5,140 円	5,280 円	円
()回目 妊 婦 健 康 診 査	年 月 日	円	5,140 円	5,280 円	円

★妊婦健康診査は金額改定に伴い、実施日により交付限度額が異なります。

合計 円

振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	本店・支店 出張所	金融機関コード				
				店 番 号				
	種 別	1・普 通 2・当 座	口座番号					
	フリガナ							
	口座名義人 ※上記、申請者と同一							

☐ 母子健康手帳 ☐ 領収書・明細書等

窓口 受付者 _____

住民日 年 月 日 ~ 転出日 年 月 日