様式第1号

宇治市妊婦歯科治療助成金交付申請書（請求書）

令和　　年　　月　　日

（あて先）宇治市長

〒611－
宇治市
申請者（妊婦）
住 所
氏 名
電 話

下記のとおり必要書類を添えて、以下の事項に同意のうえ、宇治市妊婦歯科治療助成金の交付を申請します。
本申請により助成金の交付を受けるため、審査に必要な範囲で医療機関・医療保険関係機関等に照会すること及び住民記録台帳を閲覧することに同意します。

記

申請者（妊婦本人）	ふりがな		生年月日	年　月　日
	氏　名			
	現住所	〒 宇治市		
	電話番号			
	加入医療保険	☐ 国保　☐ 健保 ☐ 共済　☐ 船員	加入医療保険の区分	☐ 本人 ☐ 被扶養者
申請額		円		
宇治市妊婦歯科健康診査を受けた医療機関名			宇治市妊婦歯科健康診査を受けた日	年　月　日
歯科治療を受けた医療機関	☐ 宇治市妊婦歯科健康診査を受けた医療機関と同じ ☐ 宇治市妊婦歯科健康診査を受けた医療機関と異なる 医療機関名（　　）			
助成対象期間	親子（母子）健康手帳の交付月		出産予定月（出産後申請の場合は出産月）	
	令和　年　月		令和　年　月	

振　込　先

振込口座（妊婦本人の口座に限る）	金融機関名		種 別	口座名義人
	銀行 信用金庫 農協	支店	普通 当座 貯蓄	（フリガナ）
	口座番号（左詰記入）			

裏面も必ずご確認ください

◎申請前に以下の内容の確認をお願いします。

助成対象	以下の**全ての要件**にあてはまっている歯科治療※が助成の対象となります。 ※令和7年4月1日以降の歯科治療に限ります。 ①申請日時点に宇治市民であること ②同一の妊娠期間中において、治療前に宇治市妊婦歯科健康診査を受けていること （宇治市妊婦歯科健康診査を受ける前の治療は助成対象外） ③健康保険が適用される歯科治療であること （審美的なもの等、自費治療に係るものは助成の対象外） ④親子（母子）健康手帳の交付月の初日から出産予定月（もしくは出産月）の末日までの間に治療を受けたものであり、宇治市民である間において治療を受けたものであること
助成額	歯科治療費（自己負担分）の2分の1 ※1回の妊娠につき、上限10,000円
申請時期等	・申請期限は治療を受けた日の翌日から起算して1年以内 ・申請は、受診月の翌月以降に、同じ月の領収書をまとめて提出してください。 （申請済み月の領収書の追加は不可）

【申請に必要な書類】

窓口申請	郵送申請	備考
□ 交付申請書	□ 交付申請書	
□ 領収書（原本）	□ 領収書（原本）	診療科目（歯科）や保険適用額等の明細がわかるもの
□ 親子（母子）健康手帳	□ 親子（母子）健康手帳（コピー）	コピーの場合は、手帳の交付日・妊婦の氏名・出産予定日（または出産日）が記載されたページ

※以下、市記入欄

チェック	□ 住民記録	□ 親子（母子）健康手帳	□ 領収書	□ 宇治市妊婦歯科健診
	□ 対象期間	□ 上限額	□ 台帳入力	
住民日	年　月　日		交付決定額	円

	時期	自己負担額	時期	自己負担額
公的医療保険の対象とな歯科治療 （今回申請と同じ妊娠期間のもの）	年　月	円	年　月	円
	年　月	円	年　月	円
	年　月	円	年　月	円
	年　月	円	年　月	円
	年　月	円	年　月	円