

[illegible]

◎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<u>全ての要件</u>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(請求書)	☐ 交付申請書(請求書)	
☐ 領収書<原本>	☐ 領収書(コピー)	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 ☐ 対象期間	☐ 親子(母子)健康手帳 ☐ 上限額	☐ 領収書 ☐ 台帳入力	☐ 宇治市妊婦歯科健診
住民日	年 月 日	交付決定額	円	

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)	時期	自己負担額	時期	自己負担額
	年 月	円	年 月	円
	年 月	円	年 月	円
	年 月	円	年 月	円
	年 月	円	年 月	円