

令和 年 月 日

あきる野市長 殿

申請者 住 所
氏 名
電話番号

印

あきる野市里帰り等妊婦健康診査受診費助成金交付申請書

あきる野市里帰り等妊婦健康診査受診費助成金交付要綱第4条の規定により、妊婦健康診査受診費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

この申請内容について、医療機関又は助産所へ確認することに同意します。

記

対象妊婦氏名					
助成対象健診	受診回数	受診年月日	医療機関名又は助産所名	受診地(都道府県名)	負担費用額
	1回目	年 月 日			円
	2回目	年 月 日			円
	3回目	年 月 日			円
	4回目	年 月 日			円
	5回目	年 月 日			円
	6回目	年 月 日			円
	7回目	年 月 日			円
	8回目	年 月 日			円
	9回目	年 月 日			円
	10回目	年 月 日			円
	11回目	年 月 日			円
	12回目	年 月 日			円
	13回目	年 月 日			円
	14回目	年 月 日			円
	超音波	年 月 日			円
子宮頸がん	年 月 日			円	
合 計					円

(添付書類)

- 1 住民票
- 2 母子健康手帳の妊婦健康診査受診記録が記載されている箇所の写し
- 3 妊婦健康診査を受診した医療機関又は助産所の発行した領収書の写し
- 4 使用しなかった妊婦健康診査受診票、妊婦超音波検査受診票又は妊婦子宮頸がん検診受診票

※1については、次の内容に同意することにより、添付を省略できます。

申請に係る審査をするため、私の住民情報について市の公簿で確認することに同意します。

令和 年 月 日

氏名

印

記入例

あきる野市長 殿

令和〇〇年〇〇月〇〇日

産婦もしくは配偶者であり、助成金の振込先の口座名義人名をお書きください。異なる場合は窓口にて委任状をお書き頂きます。

申請者 住所 あきる野市二宮350
氏名 あきる野 花子
電話番号 042-558-1111

あきる野

あきる野市里帰り等妊婦健康診査受診費助成金交付申請書

あきる野市里帰り等妊婦健康診査受診費助成金交付要綱第4条の規定により、妊婦健康診査受診費助成金の交付を受けるため、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

この表には記入しないでください（窓口にて確認いたします。）。

記

対象妊婦氏名					
	受診回数	受診年月日	医療機関名又は助産所名	受診地(都道府県名)	負担費用額
助成対象健診	1回目	年 月 日			円
	2回目	年 月 日			円
	3回目	年 月 日			円
	4回目	年 月 日			円
	5回目	年 月 日			円
	6回目	年 月 日			円
	7回目	年 月 日			円
	8回目	年 月 日			円
	9回目	年 月 日			円
	10回目	年 月 日			円
	11回目	年 月 日			円
	12回目	年 月 日			円
	13回目	年 月 日			円
	14回目	年 月 日			円
	超音波	年 月 日			円
子宮頸がん	年 月 日			円	
合 計					円

(添付書類)

- 1 住民票
- 2 母子健康手帳の妊婦健康診査受診記録が記載されている箇所の写し
- 3 妊婦健康診査を受診した医療機関又は助産所の発行した領収書の写し
- 4 使用しなかった妊婦健康診査受診票、妊婦超音波検査受診票又は妊婦子宮頸がん検診受診票

※1については、次の内容に同意することにより、添付を省略できます。

申請に係る審査をするため、私の住民情報について市の公簿で確認することに同意します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

氏名 あきる野 花子

あきる野