

記入例

様式第1号（第4条、第6条関係）

（表）

① 令和 8年 4月 1日

あきる野市長 殿

申請者 住 所 あきる野市秋川 0-0

② 氏 名 あき るの子

電話番号 042-000-0000

あきる野市産婦健康診査受診費助成金交付申請書兼請求書

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

記

1 申請（請求）内容

産 婦	フリガナ	③ アキ ルノコ			
	氏 名	③ あき るの子			
	住 所	③ あきる野市秋川 0-0			
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)	費用負担額
	1 回目	④ 8年4月20日	⑤ 秋の医療センター	⑥ 東京都	⑦ 5,000 円
	2 回目	④ 8年5月1日	⑤ 秋の医療センター	⑥ 東京都	⑦ 5,000 円
合 計					⑧ 10,000 円
助成金交付申請（請求）額					⑨ 10,000 円

（添付書類）

1 住民票の写し

⑩ 2 母子健康手帳の産婦健康診査受診記録が記載されている箇所の写し

3 産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

※ 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。

⑪

申請に係る審査をするため、申請内容について医療機関又は助産所に確認すること及び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。

⑪ ○○年○○月○○日

⑪
氏名 ○○○ ○○○

※ 自筆による署名又は記名押印のいずれかとしてください。

⑫

(裏)

2 振込先

金融機関名	〇〇〇	銀行 信用金庫 農業協同組合 信用組合 労働金庫	〇〇〇	本店 支店 出張所					
種 目	普通・当座	口座番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
フリガナ	〇〇〇 〇〇〇								
口座名義	〇〇〇 〇〇〇								

【記入の際にご注意いただきたいこと】

- ① 申請書を提出する日にちをご記入ください。
- ② 申請者の住所、氏名、電話番号をご記入ください。
※申請者は、なるべく申請者と振込先の口座名義と同じ方がご申請ください。
- ③ 産婦の方の氏名（フリガナ）、住所をご記入ください。
- ④ 受診日をご記入ください。
- ⑤ 受診された医療機関又は助産所名をご記入ください。
- ⑥ 受診された医療機関又は助産所の受診地（都道府県名）をご記入ください。
- ⑦ 1回目、2回目それぞれの自費で支払った金額をご記入ください。
保険適用外のもののみが対象となります。
- ⑧ 1回目、2回目の費用負担額の合計をご記入ください。
- ⑨ 助成金交付申請額は、1回上限5,000円となります。1回の費用負担額と比較し、上限5,000円（5,000円に満たない場合は、その額）の合計をご記入ください。
例① 1回目 4,000円 2回目 4,000円 計8,000円
1回目、2回目ともに5,000円以下であるため
助成金交付申請（請求）額は、8,000円（4,000円+4,000円）
例② 1回目 6,000円 2回目 6,000円 計12,000円
1回目、2回目ともに5,000円以上であるため
助成金交付申請（請求）額は、10,000円（5,000円+5,000円）
- ⑩ 添付書類1～3をご用意ください。なお、住民票の提出は、⑪の住民情報について市の公簿で確認することに同意することによって省くことができます。
- ⑪ 申請にあたって、同意をいただく内容となります。
- ⑫ 振込先をご記入ください。申請者と異なる場合は、委任状のご提出が必要となりますので窓口までお越しください。