

申請日 年 月 日

妊婦・産婦健康診査費用助成金申請書

小田原市長様

妊婦・産婦健康診査費用助成金を申請し、**妊産婦さんの生年月日です** 込んでください。なお、申請に対し市が請求内容等を医療機関に確認する場合があります。

申請者兼請求者	ふりがな				生年月日	年 月 日
	妊産婦氏名				年 月 日	年 月 日
	住所	〒 必ず連絡のつく番号を!				
	電話番号			出産(予定)年月日	年 月 日	

助成申請の内訳 (※市処理欄)	健康診査費用補助券	健診受診日 (領収書の日付と同日)	健診額 (A)	助成額	合計
	妊婦健診	<input type="checkbox"/> 1回目	年 月 日	円	
<input type="checkbox"/> 2回目		年 月 日	円		円
<input type="checkbox"/> 3回目		年 月 日	円	4,000円	円
<input type="checkbox"/> 4回目		年 月 日	円	4,000円	円
<input type="checkbox"/> 5回目		年 月 日	円	4,000円	円
<input type="checkbox"/> 6回目		年 月 日	円	6,000円	円
<input type="checkbox"/> 7回目					円
<input type="checkbox"/> 8回目					円
<input type="checkbox"/> 9回目					円
<input type="checkbox"/> 10回目					円
<input type="checkbox"/> 11回目					円
<input type="checkbox"/> 12回目					円
<input type="checkbox"/> 13回目		年 月 日	円	4,000円	円
<input type="checkbox"/> 14回目		年 月 日	円	4,000円	円
妊婦健診 (多胎)	<input type="checkbox"/> 1回目	年 月 日	円	5,000円	円
	<input type="checkbox"/> 2回目	年 月 日	円	5,000円	円
	<input type="checkbox"/> 3回目	年 月 日	円	5,000円	円
	<input type="checkbox"/> 4回目			5,000円	円
	<input type="checkbox"/> 5回目			5,000円	円
産婦健診	<input type="checkbox"/> 1回目			5,000円	円
	<input type="checkbox"/> 2回目			5,000円	円
合計		件	円		円

市の処理欄のため、記入は不要です！

振込先がゆうちょ銀行の場合、振込用の口座番号を確認して記入してください

妊娠中の方は出産予定日を、出産後の方は出産日を記載してください

振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店	種別	1 普通 2 当座	
	口座番号	(口座番号は右詰め記入)				
	フリガナ(必須)					
	口座名義	妊産婦さんとの関係を記載してください 例：夫、母など				

※振込先の口座名義を申請者(妊産婦)以外の方とする場合は、捺印と押印が必要です。

私は、本件に係る助成金の受領を以下の者に委任します。

口座名義氏名： [続柄：] 住所： **捺印お願いします (シャチハタは不可です。)**

令和 年 月 日 妊産婦氏名： 印

注1) 保険外診療の内容で、申請日と同じ日を記入してください。妊婦・産婦健康診査の費用に該当しないものは、助成の対象になりません。決定額と決定額が異なる場合があります。

注2) 明細書をお持ちの方は、明細書もお持ちください。

注3) 振込額は、後日、決定通知書にてお知らせします。なお、お振込みは申請の翌月末を予定しています。