

捺印を捺印してください

捺印

申請日 平成 年 月 日

妊婦健康診査助成金申請書

小田原市長様

妊婦健康診査助成金を申請します。助成金は、
なお、申請に対し市が請求内容等を医療機関に確認することに同意

妊産婦さんの生年月日です

申請者兼請求者	ふりがな		生年月日
	妊産婦氏名	捺印してください	昭和 平成 年 月 日
	住所	〒	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
	電話番号	必ず連絡のつく番号を記載 してください	出産(予定)年月日 平成 年 月 日

助成申請の内訳 (市処理欄)	妊婦健康診査 費用補助券	健診受診日 (領収書の日付と同日)	健診額(A)	助成限度額 (B)	支給決定額 (A)と(B)でいずれか少ない額
		1回目	平成 年 月 日	円	13,000円
	2回目	平成 年 月 日	円	4,000円	円
	3回目	平成 年 月 日	円	4,000円	円
	4回目	平成 年 月 日	円	4,000円	円
	5回目	平成 年 月 日	円	4,000円	円
	6回目	平成 年 月 日	円	6,000円	円
	7回目	平成 年 月 日	円	6,000円	円
	8回目	平成 年 月 日	円	6,000円	円
	9回目	平成 年 月 日	円	6,000円	円
	10回目	平成 年 月 日	円	6,000円	円
	11回目	平成 年 月 日	円	4,000円	円
	12回目	平成 年 月 日	円	4,000円	円
	13回目	平成 年 月 日	円	4,000円	円
	14回目	平成 年 月 日	円	4,000円	円
	合計				円

市の処理欄ですので、
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

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					

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、以下の委任状に記入と押印が必要です。

私は、本件に係る助成金の受領を以下の者に委任し、

妊産婦さんとの関係を記載して
ください。例：夫、母など

口座名義氏名： _____ (続柄： _____) 住所： _____

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 妊産婦氏名： _____

捺印をお願いします

申請日と同じ日を記入してください

対応者： _____

- 注1) 保険外診療の内容であっても、文書料やCD-R等の妊婦健康診査の費用に該当しないものについては、助成の対象になりません。そのため、領収書の金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、領収書と一緒にその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。