

捺印を捺印してください

申請日 平成

年 月 日

受印

小田原市長様

妊婦健康診査助成金申請書

捺印

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する旨

印鑑は、
全て同じ
もの！

妊産婦さんの生年月日です

申請者兼請求者	ふりがな	捺印してください	印	生年月日
	妊産婦氏名			昭和 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
	<input type="checkbox"/> 1回目	平成 年月日	円	13,000円	円
	<input type="checkbox"/> 2回目	平成 年月日	円	4,000円	円
	<input type="checkbox"/> 3回目	平成 年月日	円	4,000円	円
	<input type="checkbox"/> 4回目	平成 年月日	円	4,000円	円
	<input type="checkbox"/> 5回目	平成 年月日	円	4,000円	円
	<input type="checkbox"/> 6回目	平成 年月日	円	6,000円	円
	<input type="checkbox"/> 7回目	平成 年月日	円	6,000円	円
	<input type="checkbox"/> 8回目	平成 年月日	円	6,000円	円
	<input type="checkbox"/> 9回目	平成 年月日	円	6,000円	円
	<input type="checkbox"/> 10回目	平成 年月日	円	6,000円	円
	<input type="checkbox"/> 11回目	平成 年月日	円	4,000円	円
	<input type="checkbox"/> 12回目	平成 年月日	円	4,000円	円
	<input type="checkbox"/> 13回目	平成 年月日	円	4,000円	円
	<input type="checkbox"/> 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	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)		
	アリガナ(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ます。	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 :
申請日と同じ日を記入してください	

捺印お願いします

印

捺印お願いします

捺印お願いします

- 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。