

捺印してください

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におお、申請に対し市が請求内容等を

妊産婦さんの生年月日です

印は、全て同じもの！スタンプ印は不可です。

申請者兼請求者	ふりがな					年	月	日			
	妊産婦氏名					昭和	平成	年	月	日	
	住所										
	電話番号					出産(予定)年月日	平成	令和	年	月	日

必ず連絡のつく番号を記載してください

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

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)	限度額	支給決定額 <small>(Aが小さい額)</small>	
	<input type="checkbox"/> 1回目	平成/令和 年 月 日		円		円
<input type="checkbox"/> 2回目	平成/令和 年 月 日		円		円	
<input type="checkbox"/> 3回目	平成/令和 年 月 日		円		円	
<input type="checkbox"/> 4回目	平成/令和 年 月 日		円	4,000円	円	
<input type="checkbox"/> 5回	市の処理欄のため、記入は不要です！				円	
<input type="checkbox"/> 6回					円	
<input type="checkbox"/> 7回					円	
<input type="checkbox"/> 8回					円	
<input type="checkbox"/> 9回					円	
<input type="checkbox"/> 10回					円	
<input type="checkbox"/> 11回目	平成/令和 年 月 日		円	4,000円	円	
<input type="checkbox"/> 12回目	平成/令和 年 月 日		円	4,000円	円	
<input type="checkbox"/> 13回目	平成/令和 年 月 日		円	4,000円	円	
<input type="checkbox"/> 14回目	平成/令和 年 月 日		円	4,000円	円	
産婦健診	<input type="checkbox"/> 1回目	平成/令和 年 月 日		円	5,000円	円
	<input type="checkbox"/> 2回目	平成/令和 年 月 日		円	5,000円	円
合計					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

振込先	金融機関名					本店	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、

妊産婦さんとの関係を記載してください 例：夫、母など

私は、本件に係る助成金の受領を以下の者に委任します

委任者： 妊産婦さん

受任者： 氏名： _____ (続柄： _____) 住所： _____

口座名義氏名： _____

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 妊産婦氏名： _____ 印 _____

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： _____ サイン _____

- 注1) 保険外診療の内、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。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。