

申請日 令和 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ます。助成金は、下記の口座に振り込んでください。なお、申請に対し市が請求内容等を医療機関に確認することに同意します。

申請者兼請求者	ふりがな		生 年 月 日		
	妊産婦氏名	印	昭和 平成	年	月 日
	住所	〒			
	電話番号		出産(予定)年月日	令和	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)	助成限度額 (B)	支給決定額 (A)と(B)でいずれか少ない額
	妊婦健診	<input type="checkbox"/> 1回目	令和 年 月 日	円	13,000円
<input type="checkbox"/> 2回目		令和 年 月 日	円	4,000円	円
<input type="checkbox"/> 3回目		令和 年 月 日	円	4,000円	円
<input type="checkbox"/> 4回目		令和 年 月 日	円	4,000円	円
<input type="checkbox"/> 5回目		令和 年 月 日	円	4,000円	円
<input type="checkbox"/> 6回目		令和 年 月 日	円	6,000円	円
<input type="checkbox"/> 7回目		令和 年 月 日	円	6,000円	円
<input type="checkbox"/> 8回目		令和 年 月 日	円	6,000円	円
<input type="checkbox"/> 9回目		令和 年 月 日	円	6,000円	円
<input type="checkbox"/> 10回目		令和 年 月 日	円	6,000円	円
<input type="checkbox"/> 11回目		令和 年 月 日	円	4,000円	円
<input type="checkbox"/> 12回目		令和 年 月 日	円	4,000円	円
<input type="checkbox"/> 13回目		令和 年 月 日	円	4,000円	円
<input type="checkbox"/> 14回目		令和 年 月 日	円	4,000円	円
産婦健診	<input type="checkbox"/> 1回目	令和 年 月 日	円	5,000円	円
	<input type="checkbox"/> 2回目	令和 年 月 日	円	5,000円	円
合計		件	円		円

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。

委任状	
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：
.....	
令和 年 月 日	妊産婦氏名： 印
.....	

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・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。