

様式第2号（第9条関係）

捺印

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を申請に対し市が請求内容等を医療機関に

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
	住所						
	電話番号				出産(予定)年月日	令和	年

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

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)	限度額	支給決定額 (おれが少ない額)	
	妊婦健診	<input type="checkbox"/> 1回目	令和 年 月 日			円
<input type="checkbox"/> 2回目		令和 年 月 日			円	
<input type="checkbox"/> 3回目		令和 年 月 日	円		円	
<input type="checkbox"/> 4回目		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		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					円	

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	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

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。

口座名義氏名：

〔続柄：

住所：

捺印をお願いします

令和

年

月

日

妊産婦氏名：

印

申請日と同じ日を
記入してください

対応者：

サイン

- 注1) 保険外診療の内容は、申請書の添付書類の妊婦・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。