

申請日 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

- ・私は、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	おだわら うめこ		生年月日	年 月 日
	妊産婦氏名	小田原 梅子		年 月 日	年 月 日
	住所	〒250-0055 小田原市久野195		必ず連絡のつく番号を記載してください	
	電話番号	000-0000-0000	出産(予定)年月日	年 月 日	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

振込先	金融機関名	うめまる	銀行 信用金庫 信用組合	小田原城	本店 支店	種別	1 普通 2 当座	
	口座番号	1	2	3	4	5	6	
	フリガナ(必須)	オダワラ ウメコ						
	口座名義	小田原 梅子						

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、以下の委任状の記入が必要です。

私は、	委任状	
	妊産婦さんとの関係を記載してください 例：夫、母 など	委任します。
口座名義氏名：	〔続柄： 〕	住所：
月 日	妊産婦氏名：	印

捺印をお願いします (スタンプ印不可)

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・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、領収書等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。

様式第2号（第9条関係）

(B) 妊婦健康診査受診券 産婦健康診査費用補助券		(C) 追加補助券	健診受診日	(A) 助成申請額	支給決定額 <small>(A) - (対象外費用と(B)+(C)でいずれか少ない額または、(A) - (対象外費用 + 受診券等の利用額) と(C)の少ない額</small>
妊婦健診	<input type="checkbox"/> 1回目 13,000円	5,000円 × 枚	年 月 日	円	円
	<input type="checkbox"/> 2回目			円	円
	<input type="checkbox"/> 3回目 4,000円	1,000円 × 枚	年 月 日	円	円
	<input type="checkbox"/> 4回目		年 月 日	円	円
	<input type="checkbox"/> 5回目		年 月 日	円	円
	<input type="checkbox"/> 6回目		年 月 日	円	円
	<input type="checkbox"/> 7回目		年 月 日	円	円
	<input type="checkbox"/> 8回目 6,000円	5,000円 × 枚 3,000円 × 枚 1,000円 × 枚	令和 年 月 日	円	円
	<input type="checkbox"/> 9回目 6,000円	5,000円 × 枚 3,000円 × 枚 1,000円 × 枚	令和 年 月 日	円	円
	<input type="checkbox"/> 10回目 6,000円	5,000円 × 枚 3,000円 × 枚 1,000円 × 枚	令和 年 月 日	円	円
	<input type="checkbox"/> 11回目 4,000円	5,000円 × 枚 3,000円 × 枚 1,000円 × 枚	令和 年 月 日	円	円
	<input type="checkbox"/> 12回目 4,000円	5,000円 × 枚 3,000円 × 枚 1,000円 × 枚	令和 年 月 日	円	円
	<input type="checkbox"/> 13回目 4,000円	5,000円 × 枚 3,000円 × 枚 1,000円 × 枚	令和 年 月 日	円	円
	<input type="checkbox"/> 14回目 4,000円	5,000円 × 枚 3,000円 × 枚 1,000円 × 枚	令和 年 月 日	円	円
妊婦健診 (多胎児用)	<input type="checkbox"/> 15回目 5,000円	5,000円 × 枚 3,000円 × 枚 1,000円 × 枚	令和 年 月 日	円	円
	<input type="checkbox"/> 16回目 5,000円	5,000円 × 枚 3,000円 × 枚 1,000円 × 枚	令和 年 月 日	円	円
	<input type="checkbox"/> 17回目 5,000円	5,000円 × 枚 3,000円 × 枚 1,000円 × 枚	令和 年 月 日	円	円
	<input type="checkbox"/> 18回目 5,000円	5,000円 × 枚 3,000円 × 枚 1,000円 × 枚	令和 年 月 日	円	円
	<input type="checkbox"/> 19回目 5,000円	5,000円 × 枚 3,000円 × 枚 1,000円 × 枚	令和 年 月 日	円	円
産婦健診	<input type="checkbox"/> 1回目 5,000円		令和 年 月 日	円	円
	<input type="checkbox"/> 2回目 5,000円		令和 年 月 日	円	円
合計			件	円	円

太枠の助成申請額をご記入ください。わからない場合は、申請時に職員と確認しながらご記入することができます。

太枠以外は市の処理欄のため、記入は不要です。