

記入例

堺市妊婦健康診査費用助成申請書



〇〇年 4月 25日

堺市長 殿

妊婦健康診査費用の助成を受けたいので、堺市妊婦健康診査の実施等に関する要綱第11条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

堺市において助成の決定に必要があると認めるときは、妊娠中に姓の変更があった場合または、振込先の口座名義が旧姓の場合は、記入してください。

申請者 (健診受診者)	フリガナ	サカイ ハナコ		生年月日	〇〇年 4月 1日 生
	氏名	堺 花子		(旧姓)	堺
	郵便番号	590-0078	電話番号	072-000-0000	
	現住所	堺市堺区南瓦町3-		出産日・出産予定日	〇〇年4月12日
受診年月日	受診医療機関等	相当する健診	申請額	決定金額	
〇〇年 12月22日	〇〇レディースクリニック	健診Ⅱ	5,050円	円	
〇〇年 2月28日	〇〇レディースクリニック	健診Ⅳ	9,000円	円	
年 月 日				円	
年 月 日				円	
年 月 日				円	
年 月 日				円	
年 月 日				円	
年 月 日				円	
年 月 日				円	
年 月 日				円	
年 月 日				円	
年 月 日				円	
年 月 日				円	
申請金額(合計)			14,050円	※決定金額合計	
振込先	金融機関名	〇〇〇	銀行	〇〇〇	本店
	預金種別	普通・当座	金庫		支店
	口座番号	9 9 9 9 9 9 9	農協		出張所
	フリガナ	サカイ ハナコ			
	口座名義人	堺 花子			
	口座番号	9 9 9 9 9 9 9		(左詰で記入してください。)	

受診日順に、助成申請するもののみ記入してください。

昼間に連絡がとれる電話番号をご記入ください。

健康保険適用となる費用は対象外であり、申請額は、各受診票の上限額までです。
妊婦健診に要した費用と使わなかった受診票の額を比べて、少ない金額を記入してください。

申請者と同じ

訂正する場合は、訂正印を押印してください。

注意

- 妊娠中に姓の変更があった場合に限り、旧姓を記入してください。
- 受診した妊婦健康診査1回ごとに、当該妊婦健康診査に要した費用(裏面に掲げる額)について、助成の申請額を記入してください。
- 訂正する場合は、訂正印を押印してください。
- 次に掲げる書類を添付してください。
 - 母子健康手帳に記載された妊婦健康診査の記録又は妊婦健康診査を受診したことを確認することができる書類
 - 妊婦健康診査に要した費用の領収書の写し(医療機関又は助産所の名称及び所在地、受診者氏名、受診年月日、並びに領収金額(健康保険等適用外の記入のあるものに限る。))を確認することができるものに限る。
 - 未使用の堺市妊婦健康診査受診票(兼結果通知書)
 - 堺市妊婦健康診査費用領収確認書(様式第9号)(領収書で(2)に掲げる事項を確認することができない場合に限る。)
 - 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類
- 申請は、妊婦健康診査の最終の受診日又は出産日のいずれか遅い日から起算して1年以内に行ってください。
- 振込先は、申請者名義の口座を記入してください。