様式第8号（第11条関係）

堺市妊婦健康診査費用助成申請書

年　　月　　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、堺市が、私の受けた妊婦健康診査の内容及び費用について、受診した医療機関又は助産所に問い合わせをすること、及び公簿等を確認することを了承します。

また、交付の決定があったときは、決定金額について請求しますので、次の口座に振り込んでください。
太枠内をご記入ください。

申請者（健診受診者）	フリガナ		生 年 月 日	
	氏 名	（旧姓　　）	年　　月　　日 生	
	郵便番号		電話番号	
	現住所		出産日・出産予定日 年　　月　　日	

受診年月日	受診医療機関等	堺 市 記 入 欄		
		相当する健診	領収書確認金額	決定金額
年　月　日			円	円
年　月　日			円	円
年　月　日			円	円
年　月　日			円	円
年　月　日			円	円
年　月　日			円	円
年　月　日			円	円
年　月　日			円	円
年　月　日			円	円
年　月　日			円	円
年　月　日			円	円
年　月　日			円	円
年　月　日			円	円
		合計額	円	円

振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	
	預金種別	普通 ・ 当座	フリガナ 口座名義人	
	口 座 番 号			（右詰で記入してください。）

注意

1 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。
2 受診した妊婦健康診査1回ごとに、受診年月日と受診医療機関等を記入してください。
3 次に揚げる書類を添付してください。
(1)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
(2)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。）
(3)未使用の堺市妊婦健康診査受診票（兼結果通知書）
(4)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。）
(5)前各号に揚げるもののほか、市長が必要と認める書類
4 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。
5 振込先は、申請者名義の口座を記入してください。