様式第8号（第11条関係）

記入例

堺市妊婦健康診査費用助成申請書

○○年１１月２２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[illegible]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合せをすること及び公簿等を確認することを[illegible]

また、交付の決定があったときは、決定金額につい[illegible]ください。

太枠内をご記入ください。

妊娠中に姓の変更があった場合又は振込先の口座名義が旧姓の場合は、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。

申請者（健診受診者）				
フリガナ	サカイ　ハナコ	生年月日		出産日・出産予定日
氏名	堺　花子（旧姓　）	昭和・平成	○○年　4月　1日	令和○○年　4月　12日 ☑出産　□出産予定
電話番号	072-000-0000			
現住所	〒590-0000 堺市堺区南瓦町			
通知文送付先	□ 現住所（上記に記載の住所）　□ その他（以下にご記入ください） 〒　－			

	受診年月日	受診医療機関等（前の行と同じ場合は「〃」や「同上」と記入）	相当する健診	領収確認金額	決定金額
1	令和○○年　12月　22日	○○レディースクリニック			円
2	令和○○年　2月　28日	○○レディースクリニック			円
3	令和　年　月　日				円
4					円
5					円
6	令和　年　月　日				円
7	令和　年　月　日				円
8	令和　年　月　日				円
9	令和　年　月　日				円
10	令和　年　月　日				円
11	令和　年　月　日				円
12	令和　年　月　日				円
13	令和　年　月　日				円
14	令和　年　月　日				円
			合計額		円

受診日順に助成申請するもののみ記入してください。

堺市記入欄

市記入欄になりますので、記入しないでください。

※14回以上受診した場合は、裏面に記入してください。□裏面あり

振込先（申請者）										
	金融機関名 ※金融機関コード及び支店コード	○○○　銀行・農協・金庫					○○○　本店・支店・出張所			
		金融機関コード（右詰め）	1	2	3	4	支店コード（右詰め）	5	6	7
	預金種別	普通・当座		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	（右詰めで記入してください。）	

申請者と同じ

訂正する場合は、訂正箇所に二重線を引き、その上（又は周辺）に正しい文言を記入し、訂正箇所のそばにフルネームで署名又は押印してください。