

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合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	出 産 日・出 産 予 定 日
	氏 名	(旧姓)	昭 和 平 成	令 和 年 月 日
	電話番号		年 月 日	<input type="checkbox"/> 出 産 <input type="checkbox"/> 出 産 予 定
	現住所	〒 -		
通知文 送付先	<input type="checkbox"/> 現住所(上記に記載の住所) <input type="checkbox"/> 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)	堺市記入欄	
			相当する健診	領収確認金額
				決定金額
1	令和 年 月 日			円 円
2	令和 年 月 日			円 円
3	令和 年 月 日			円 円
4	令和 年 月 日			円 円
5	令和 年 月 日			円 円
6	令和 年 月 日			円 円
7	令和 年 月 日			円 円
8	令和 年 月 日			円 円
9	令和 年 月 日			円 円
10	令和 年 月 日			円 円
11	令和 年 月 日			円 円
12	令和 年 月 日			円 円
13	令和 年 月 日			円 円
14	令和 年 月 日			円 円
※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			合計額	円

振込先 (申請者)	金融機関名	銀行 農協 金庫	本店 出張所 支店
	※金融機関コード及び支店コード についてもご記入ください。	金融機関コード (右詰め)	支店コード (右詰め)
	預金種別	普通・当座	フリガナ 口座名義人
	口座番号		(右詰めで記入してください。)

注意

- 振込先は、申請者名義の口座を記入してください(申請者以外の口座を振込先にする場合は、委任状が必要です)。
- 振込先の口座名義が旧姓の場合又は受診(検)後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。
- 申請期限は、妊婦健康診査を最後に受診した日又は出産の日のいずれか遅い日から起算して1年以内です。
(受診日の1年後の前日まで。ただし、土・日・祝日等の閉庁日の場合はその前日まで。)
- 訂正は、二重線で訂正し、訂正箇所署名してください。

保健センター受付印

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)	堺市記入欄		
		相当する健診	領収確認金額	決定金額
15 令和 年 月 日			円	円
16 令和 年 月 日			円	円
17 令和 年 月 日			円	円
18 令和 年 月 日			円	円
19 令和 年 月 日			円	円
20 令和 年 月 日			円	円
21 令和 年 月 日			円	円
22 令和 年 月 日			円	円
23 令和 年 月 日			円	円
24 令和 年 月 日			円	円
25 令和 年 月 日			円	円
26 令和 年 月 日			円	円
27 令和 年 月 日			円	円
28 令和 年 月 日			円	円
			合計額	円