

国立市里帰り出産等妊婦健康診査受診費用助成金交付申請書

国立市長殿

年 月 日

申請者 住所  
(受診者)

氏名



※署名の場合は、押印不要です。

電話

里帰り出産等のため、(都外の医療機関・助産所)で妊婦健康診査を受診し、費用を負担したので、国立市里帰り出産等妊婦健康診査受診費用助成金交付要綱第5条の規定により、下記の通り助成金の交付を申請します。

助成金については、下記の口座に振り込んでください。

この申請について、公簿との照合及び医療機関等へ確認することに同意します。

フリガナ			出産年月日 又は 最終健診日	年 月 日	
妊婦氏名	(生年月日: 年 月 日)				
助成対象健康診査		受診年月日	受診機関名	受診地 (都道府県名)	自己負担額
	1回目	年 月 日			円
	2回目	年 月 日			円
	3回目	年 月 日			円
	4回目	年 月 日			円
	5回目	年 月 日			円
	6回目	年 月 日			円
	7回目	年 月 日			円
	8回目	年 月 日			円
	9回目	年 月 日			円
	10回目	年 月 日			円
	11回目	年 月 日			円
	12回目	年 月 日			円
	13回目	年 月 日			円
	14回目	年 月 日			円
	超音波検査	年 月 日			円
年 月 日				円	
年 月 日				円	
年 月 日				円	
子宮頸がん検診	年 月 日			円	

国立市里帰り出産等妊婦健康診査受診費用助成金口座振込依頼書(申請者の口座)

振込先金融機関	信用金庫					フリガナ	店
	銀行						
預金種類	組合					口座名義	
	口座番号						

添付書類

- 母子健康手帳の表紙及び妊婦健診記録の写し
- 受診した医療機関の領収書
- 未使用の受診票（            枚）（超音波検査、子宮頸がん検診用受診票    枚含む）

---

【事務処理欄】

交 付 決 定 金 額		円
助 成 金 決 定 通 知 日	年    月    日	