

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 \_\_\_\_\_ 印  
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	
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 銀行 組合				店
	預金種類 1 普通預金 2 当座預金 3 その他 ( )	口座番号		フリガナ	
				口座名義	

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