

国立市長殿

●●年 ●月 ●日

申請者が夫の場合は委任状が必要です

住所 国立市 〇〇-〇〇

氏名 国立 花子

電話 ●●●●-●●●●-●●●●

1回目のみ助産院は対象外です

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、費用を負担したため、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。

自費(健康保険適用外)で支払った金額を記入してください

フリガナ	クニタキ ハナコ		出産年月日 又は 最終健診日	令和●年 ●月 ●日
妊婦氏名	国立 花子 (生年月日: ●●年 ●月 ●日)			
	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	R●年 ●月 ●日	●●●●病院	●●●●県	10,000 円
9回目	R●年 ●月 ●日	"	"	6,000 円
10回目	R●年 ●月 ●日	"	"	8,000 円
11回目	R●年 ●月 ●日	"	"	5,000 円
12回目	R●年 ●月 ●日	"	"	6,000 円
13回目	R●年 ●月 ●日	"	"	10,000 円
14回目	R●年 ●月 ●日	"	"	6,000 円
超音波検査	R●年 ●月 ●日	●●●●病院	●●●●県	8,000 円
	R●年 ●月 ●日	"	"	8,000 円
子宮頸がん検診	R●年 ●月 ●日	●●●●病院	●●●●県	3,000 円

《例》8回目以降の妊婦健康診査(7回分)・超音波検査(2回分)・子宮頸がん検診の受診票を添付する場合の書き方

※申請書に添付する未使用の受診票の枚数と一致させてください

※受診年月日は母子手帳及び領収証の受診日と一致させてください

超音波検査の受診票を添付される方はこちらの欄も枚数分ご記入ください

子宮頸がん検診を記載される方は母子手帳の「検査の記録」欄の写しも添付ください

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(申請書)

振込先金融機関	国立 信用金庫 国立支店	フリガナ	クニタキ ハナコ
預金種類 ()	口座番号	フリガナ	国立 花子
1 普通預金	0 1 2 3 4 5 6		
2 当座預金			
3 その他			

振込先を夫とする場合は委任状が必要です

裏面あり

確認後に
チェック
をつけて
ください

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 (**10** 枚) (超音波検査、子宮頸がん検診用受診票 **3** 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