

国分寺市長 殿

申請日：出産日または最後の受診日から1年以内であること。

令和〇年△月□日

国分寺市母子健康診査受診費助成金交付申請書

印鑑は必須です！

申請者：妊婦本人でなくてもよいが、振込口座の名義人の名前（旧姓名の口座は不可）にすること。  
住所：すでに転出している場合は、現住所を記載

申請者 住所 国分寺市戸倉1-6-1  
氏名 国分寺 花子 (印)  
電話 042-325-0111  
続柄【 本人 】

対象妊婦との続柄

里帰り出産等のため指定医療機関以外の医療機関で健康診査を受診し、費用を負担したため、国分寺市母子健康診査受診費助成金交付規則第5条の規定により下記のとおり助成金の交付を申請します。

また、この申請の内容について、公簿等との照合及び医療機関等へ確認すること

すでに転出している場合は、国分寺市にいたときの住所を記載すること。

記

フリガナ	コクブンジ ハナコ	対象妊婦	国分寺市	
対象妊婦氏名	国分寺 花子	住所	戸倉1-6-1	
対象妊婦個人番号	個人番号(マイナンバー)は、後日、市の職員が記入します	フリガナ		
		対象新生児氏名		
区分	受診年月日	受診機関名	受診機関の所在地	自己負担額
妊婦健康診査	初回			円
		令和△年〇月〇日	〇〇産科クリニック 〇〇市△△ 〇-〇-〇	5,000円
		令和△年〇月〇日	〇〇産科クリニック 〇〇市△△ 〇-〇-〇	5,000円
				円
				円
	2回目以降			円
				円
				円
				円
				円
超音波検査				円
子宮頸がん検診				円
新生児聴覚検査				円

受診日時点で国分寺市に住民登録があること。

領収書の写しと内容が一致しているか確認すること。

申請書に記載ミスが生じたら、訂正印(申請者欄と同じ印)をいただくようお願いします。

妊婦本人の口座でなくてもよいが、上記の申請者名義の口座であること。

助成金については、次の口座に振り込んでください。

金融機関番号				支店番号				口座種別	
東京	①銀行 2信金	3農協 4信組	5その他	泉	1本店 ②支店	3出張所	①普通	2当座	
口座番号				口座名義					
1	2	3	4	5	6	7	フリガナ	コクブンジ ハナコ 国分寺 花子	

(注)添付書類

- ①母子健康手帳の出産日及び健康診査の受診記録が記載されている箇所の写し
- ②自費で支払った助成対象の健康診査の受診に係る領収書及び明細書の写し
- ③未使用の受診票

添付書類①②③が全てそろっているか確認すること。