

妊産婦健康診査費用助成金交付申請書兼請求書

(宛先) 厚 木 市 長

・私は、
・支給が
※この
関に確認することに同意します。

郵送で御申請される場合、こども家庭センターの受理日を申請日とします。
なお、受診日から1年を超えた場合、御申請できませんので御注意ください。

市が医療機

申請日 令和 ★年 ★月 ★日

申請	ふりがな	あつぎ はなこ	
	氏 名 (妊産婦)	厚木 花子	
〒243-0018 (Tel 046-225-2597)		申請者と口座名義人が異なる場合、押印が必要です。	
前住所は、転出者のみ記入		住所 厚木市 中町 1-4-1 保健福祉センター	
厚木市での住所を記入		前住所：〒	
交付申請理由 (該当に☑)		☒ 厚木市と契約し ☐ 検査に要した費用が補助券の記載金額に満たなかったため ☐ 転入をした日から転入の届出をした日までの間に受診したため ☐ その他特別な事情があるため	
交付申請額 ※内訳は裏面へ		△△△△△円	申請項目 ※該当に☑ ☐ 妊婦健康診査 ☐ 産婦健康診査
【助成金振込先口座】			
金融機関名		支店名	種別
厚木市役所 銀行・農協・信用金庫・信用組合		厚木支店 本店・支店・出張所	普通 当座 ()
口座番号		口座名義人 フリガナ アツギ タロウ 厚木 太郎	
		1	2
		3	4
		5	6
		7	

※口座名義人が申請者と異なる場合は、以下に記入・押印をお願いします。

委任状	
委任者	住所 厚木市中町 1-4-1 保健福祉センター 氏名 厚木 花子
私は、次の者を代理人と定め、申請項目の交付手続における受領の権限を委任します。	
代理人	住所 厚木市中町 1-4-1 保健福祉センター 氏名 厚木 太郎 委任者との関係 夫

【厚木市処理欄】(以下は記入しないでください。
次のとおり決定します。

記入不要		受 付
助成決定額 (請求額)	円	
助成決定年月日 (請求日)	令和 年 月 日	

補助券を使用せずに受診した健康診査の内訳

【妊婦健康診査】

【市処理欄】

未使用		受診日	支払金額	申請額	対象額	交付決定額
補助券	追加補助券					
1回目	円	・	円	円	円	円
2回目	円	・	円	円	円	円
3回目	円	・	円	円	円	円
4回目	妊婦健康診査（産婦健康診査）費用補助券の回数（○回目）ごとに ①受診日 ②支払金額（領収書に記載されている領収書の総額） ③申請額 を記入してください。				円	円
5回目					円	円
6回目					円	円
7回目					円	円
8回目	円		円	円	円	円
9回目	円	・	円	円	円	円
10回目	円	・	円	円	記入不要	
11回目	円	・	円	円		
12回目	円	・	円	円		
13回目	□□□□円	RO・O・O	〇〇〇〇円	△△△△円	円	円
14回目	□□□□円	RO・O・O	〇〇〇〇円	△△△△円	円	円

【注意事項】

- この書類（妊産婦健康診査費用助成金交付申請書兼請求書）に必要事項を記入の上、次の書類を添付して担当まで御郵送ください。なお、書類不備の場合は受理できません。
 - 母子健康手帳（表紙及び妊娠中の経過が記載されているページ（妊婦健康診査）もしくは産婦健康診査受診記録（産婦健康診査））【写し】
 - 各健診日の領収書（及び明細書）【原本】
 - 該当する受診日の妊婦健康診査費用補助券（妊婦健康診査費用追加補助券）、もしくは産婦健康診査費用補助券（未使用）【原本】
- 交付申請額が交付決定額とは限りません。交付決定額は、厚木市が領収書等を精査の上、決定いたします。

【産婦健康診査】

【市処理欄】

未使用補助券	受診日	支払金額	申請額	対象額	交付決定額
1回目	RO・O・O	〇〇〇〇円	△△△△円	円	円
2回目	・	円	円	円	円
合 計			円	合 計	円