**妊婦健康診査助成金交付申請書兼請求書**

（宛先）厚　木　市　長

・私は、妊婦健康診査助成金の交付を申請・請求します。

・支給が決定した助成金は、私が指定する次の口座に振り込んでください。

※　この申請に必要な住民基本台帳等に関する情報、妊婦健康診査の内容を厚木市が医療機関に確認することに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請日　令和　★年　★月　★日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | ふりがな | **あつぎ　はなこ** | 生 年 月 日 |
| 氏　名（妊産婦） | **厚木　花子** | 　**平成元**年　　**１**月　　**１**日申請者と口座名義人が異なる場合のみ、押印が必要です。 |
| 住　所前住所は、転出者のみ記入※転出された方は厚木市での住所を記入してください。 | 　〒**243-0018**現住所　**厚木市中町1-4-1　保健福祉センター**(℡　　　　 **046-225-2597** 　　)前住所：〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　転出日：　　　年　　　月　　　日このうち、いずれかに該当の場合、申請時に添付する書類は、未使用の妊婦健康診査補助券となります。 厚木市  |
| 交付申請理由（該当に☑） | **☑**　厚木市と契約していない医療機関等で受診したため□　妊婦健康診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**☑**　令和３年３月31日までに補助券（2回目）を使用し、令和３年４月１日以降補助券（3～14回目）を使用した方で、医療機関専用券（上限額10,000円）適用に該当する方こちらに該当の場合、申請時に添付する書類は、使用済の妊婦健康診査補助券となります。 |
| 交付申請額※内訳は裏面へ | **△△△△△**円 | 添付書類 | 妊婦健康診査費用補助券（未使用） |
| 提示書類 | 母子健康手帳、領収書、妊婦健康診査費用補助券（使用済） |
| 【助成金振込先口座】 |
| 金 融 機 関 名 | 支　店　名 | 種 別 | 口 座 名 義 人 |
| **厚木市役所**銀行・農協・信用金庫・信用組合 | **厚木市役所**本店・支店・出張所 | 普 通当 座( ) | ﾌﾘｶﾞﾅ　 **アツギ　タロウ** |
| **厚木　太郎** |
| 口 座 番 号 | **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**

（妊産婦） 氏名 **厚木　花子** 　　　　　　　 ㊞

私は、次の者を代理人と定め、厚木市妊婦健康診査助成金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**

|  |  |
| --- | --- |
| 【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。 | 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　　　日記入不要 |

**妊婦健康診査補助券を使用せずに受診した健康診査の内訳**

**※太線の枠内を記入してください。　　　　　　　　　　　　　　　【市処理欄】**

【注意事項】

１　この書類（妊婦健康診査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。

　(1) 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）【写し】

　(2) 各健診日の領収書（及び明細書）【原本】

　(3) 該当する受診日の妊婦健康診査費用補助券（未使用又は使用済）【原本】

２　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。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 未使用補助券 | 受 診 日 | 支払金額 | 申請額 |  | 妊婦健診対象額 | 交付決定額 |
| 医療機関専用券１回目 | ・ ・ | 円 | 円 | 　　　　　 円 | 　　　　 円 |
| 医療機関専用券２回目 | ・ ・ | 　　　　　円 |  円 | 　　　　　 円 | 　　　　 円 |
| ３回目 | ・ ・妊婦健康診査費用補助券の回数（〇回目）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 | 　　　　　円 | 　　　　　円 |
| ４回目 | ・ ・ | 　　　　　円 | 　　　　　円 | 　　　　　円 | 　　　　　円 |
| ５回目 | ・ ・ | 　　　　　円 | 　　　　　円 | 　　　　　円 | 　　　　　円 |
| ６回目 | ・ ・ | 　　　　　円 | 　　　　　円 | 　　　　　円 | 　　　　　円 |
| ７回目 | **R〇・〇・〇** | **○○○○円** | **△△△△円** | 　　　　　円 | 　　　　　円 |
| ８回目 | **R〇・〇・〇** | **○○○○円** | **△△△△円** | 　　　　　円 | 　　　　　円記入不要 |
| ９回目 | ・ ・ | 　　　　　円 | 　　　　　円 | 　　　　　円 | 　　　　　円 |
| １０回目 | ・ ・ | 　　　　　円 | 　　　　　円 | 　　　　　円 | 　　　　　円 |
| １１回目 | ・ ・ | 　　　　　円 | 　　　　　円 | 　　　　　円 | 　　　　　円 |
| １２回目 | ・ ・ | 　　　　　円 | 　　　　　円 | 　　　　　円 | 　　　　　円 |
| １３回目 | ・ ・ | 　　　　　円 | 　　　　　円 | 　　　　　円 | 　　　　　円 |
| １４回目 | ・ ・ | 　　　　　円 | 　　　　　円 | 　　　　　円 | 　　　　　円 |
| １５回目（多胎妊娠） | ・ ・ | 　　　　　円 | 　　　　　円 | 　　　　　円 | 　　　　　円 |
| １６回目（多胎妊娠） | ・ ・ | 　　　　　円 | 　　　　　円 | 　　　　　円 | 　　　　　円 |
| １７回目（多胎妊娠） | ・ ・ | 　　　　　円 | 　　　　　円 | 　　　　　円 | 　　　　　円 |
| １８回目（多胎妊娠） | ・ ・ | 　　　　　円 | 　　　　　円 | 　　　　　円 | 　　　　　円 |
| １９回目（多胎妊娠） | ・ ・ | 　　　　　円 | 　　　　　円 | 　　　　　円 | 　　　　　円 |
| 合　　　　　　　 計 | **△△△△△**円 | 合　　　計 | 　　　　　円 |
| 備　考 | 備　考 |