

里帰り出産等妊婦健康診査受診費用助成金交付申請書

立川市長 殿

申請者	住 所
	氏 名 <span style="float: right;">印</span>
	<small>※自署の場合は、押印を省略することができます。</small>
	電話番号
妊婦	氏 名
	生年月日 <span style="float: right;">年 月 日</span>
	出産年月日 <span style="float: right;">年 月 日</span>

里帰り出産等妊婦健康診査受診費用助成金の交付について申請します。助成金は次の口座に振り込んでください。

【妊婦健康診査】

【超音波検査】

回数	受診日	受診機関名	自己負担額
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			

回数	受診日	受診機関名	自己負担額
1			
2			
3			
4			

【子宮頸がん検診】

回数	受診日	受診機関名	自己負担額
1			

【振込先】

銀行 ・ 信用金庫
本店 ・ 支店
<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金
口座番号
口座名義

※ 振込先の口座名義は、対象者本人の名義のものに限ります。

【妊婦健康診査】（多胎妊婦）

【添付書類】

回数	受診日	受診機関名	自己負担額
15			
16			
17			
18			
19			

- 母子健康手帳の妊婦健診記録が記載されている  
箇所の写し
- 受診した医療機関等が発行した領収書の写し
- 未使用の受診票

【事務処理欄】※記入しないでください。

交付決定金額	円
助成金決定通知年月日	. .