

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 印
電話

自署の場合は、押印を省略することができます。

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、次のとおりを申請します。なお、助成金については、下記の口座に振り込んでください。

| 妊婦氏名 | | (生年月日 . .) | | 出産年月日 . . | | | |
|-----------|-----|-------------|-------|-------------|-----|-------|-------|
| 回数 | 受診日 | 受診機関名 | 自己負担額 | 回数 | 受診日 | 受診機関名 | 自己負担額 |
| 1 | | | | 8 | | | |
| 2 | | | | 9 | | | |
| 3 | | | | 10 | | | |
| 4 | | | | 11 | | | |
| 5 | | | | 12 | | | |
| 6 | | | | 13 | | | |
| 7 | | | | 14 | | | |
| 超音波 検査 | | | | 子宮頸 がん検診 | | | |

<振込先> 銀行 本店
信用金庫 支店

普通
 当座 預金 口座番号 _____

フリガナ
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。

添付書類

- 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】

| | |
|------------|-----|
| 交付決定金額 | 円 |
| 助成金決定通知年月日 | . . |