

記入例

八尾市 妊婦健康診査
産婦健康診査 費用助成金交付申請書

様式第4号

(あて先)八尾市長

申請日 令和8年8月10日

関係書類を添えて、下記のとおり妊婦健康診査及び産婦健康診査の助成を申請します。

また、妊婦健康診査及び産婦健康診査費用助成金を交付決定するにあたり、必要があるときは、住民基本台帳の閲覧や、医療機関等への支払い内容確認等することを了承します。

申請者	ふりがな氏名	やお はなこ		生年月日		
		八尾 花子				
受診時の住所	〒581-00xx 八尾市00町△△-□	※妊娠届出後から申請までの間に姓の変更があった場合		電話番号	090-0000-xxxx	
		(旧姓)		母子健康手帳交付日	令和6年 6月 9日	
妊婦健診	受診日	自己負担額 (領収書金額)	※市記入欄 No. 決定額	受診日	自己負担額 (領収書金額)	決定額
	令和7年 3月 11日	5,500円		年 月 日	円	円
	令和7年 3月 18日	6,000円	記入しないでください。	年 月 日	円	円
	令和7年 3月 25日	8,000円		年 月 日	円	円
	年 月 日	円		年 月 日	円	円
	年 月 日	円		年 月 日	円	円
	年 月 日	円		年 月 日	円	円
	年 月 日	円		年 月 日	円	円
	年 月 日	円		年 月 日	円	円
	年 月 日	円		年 月 日	円	円
産婦健診	令和7年 4月 11日	5,000円		A 妊婦合計額		円
	令和7年 4月 25日	5,000円		B 産婦合計額		円
通知書の郵送先	☐ 申請者欄(受診時)の住所と同じ ☐ 振込み日(翌月平日最終日)の1週間前に決定通知書を送付します。上記の受診時の住所と異なる場合は郵送先をご記入ください。					
☐ 転出予定(年 月 日)						

交付の決定があったときは、次の口座に口座振替されるように依頼します。

振込先	金融機関名	〇 〇 銀行		〇 〇 本店・支店・出張所	
	必ずどちらかに〇	ゆうちょ銀行		店番	〇 〇 〇
	預金種別	普通・当座		(ふりがな)	(やお はなこ 八尾 花子)
口座番号 (左詰記入)	x x x x x x x x		確認欄 申請時いずれかに✓	☐ 振込指定口座が確認できるものを提出しました ☐ ネット	
<委任状>私は、口座名義人を代理人と定め、申請する助成金の受領についての権限を委任し 年 月 日 申請者自署					

*以下、市記入欄

申請受理 年月日	年 月 日	☐ 承認 ☐ 不承認	決定額	妊婦 金 円 産婦 金 円
-------------	-------	--	-----	------------------

※市確認欄 ☐本人確認済(運転免許証・個人番号カード・住民票・各種保険証・日本国旅券・各種障がい者手帳・在留カード・その他())☐申請期限:1年間(母子健康手帳交付日が令和6(2024)年4月1日以降) ☐転入日(年 月 日)☐申請期限:3年間(母子健康手帳交付日が令和6(2024)年3月31日以前) ☐出産日(年 月 日)☐領収書・振込先が旧姓の場合、旧姓が確認できるものをコピー ☐転出日(年 月 日)

八尾市 妊婦健康診査 費用助成金交付申請書
産婦健康診査

(あて先)八尾市長 申請日 年 月 日

関係書類を添えて、下記のとおり妊婦健康診査及び産婦健康診査の助成を申請します。
また、妊婦健康診査及び産婦健康診査費用助成金を交付決定するにあたり、必要があるときは、住民基本台帳の閲覧や、医療機関等への支払い内容確認等を了承します。

申請者	ふりがな氏名	※妊娠届出後から申請までの間に姓の変更があった場合 (旧姓)		生年月日	年 月 日			
	受診時の住所	〒581－ 八尾市		電話番号	－ －			
				母子健康手帳 交付日	年 月 日			
妊婦健診	受診日	自己負担額 (領収書金額)	※市記入欄 No. 決定額		受診日	自己負担額 (領収書金額)	※市記入欄 No. 決定額	
	年 月 日	円		円	年 月 日	円		円
	年 月 日	円		円	年 月 日	円		円
	年 月 日	円		円	年 月 日	円		円
	年 月 日	円		円	年 月 日	円		円
	年 月 日	円		円	年 月 日	円		円
	年 月 日	円		円	年 月 日	円		円
	年 月 日	円		円	年 月 日	円		円
	年 月 日	円		円	年 月 日	円		円
	年 月 日	円		円	年 月 日	円		円
	年 月 日	円		円	年 月 日	円		円
	年 月 日	円		円	A 妊婦合計額	円		円
	産婦健診	年 月 日	円		円	B 産婦合計額	円	
年 月 日		円		円				
通知書の郵送先		□申請者欄(受診時)の住所と同じ 〒 □転出予定(年 月 日)						

交付の決定があったときは、次の口座に口座振替されるように依頼します。

振込先	金融機関名	銀行・金庫・農協			本店・支店・出張所			
		ゆうちょ銀行			店番			
	預金種別	普通 ・ 当座		(ふりがな) 口座名義人	()			
	口座番号 (左詰記入)							
				確 認 欄 申請時いずれかに✓		□振込指定口座が確認できるものを提出しました □(ネット銀行の場合)職員と確認しました		
<委任状>私は、口座名義人を代理人と定め、申請する助成金の受領についての権限を委任します。 年 月 日 申請者自署								

※以下、市記入欄

申請受理 年月日	年 月 日	□承認 □不承認	決定額	妊婦 金 円 産婦 金 円
-------------	-------	----------	-----	------------------

※市確認欄 □申請者本人確認 (運転免許証・個人番号カード・住民票・各種保険証・日本国旅券・各種障がい者手帳・在留カード・その他 ())
□申請期限：1年間 (母子健康手帳交付日が令和 6 (2024) 年 4 月 1 日以降) □転入日 (年 月 日)
□申請期限：3年間 (母子健康手帳交付日が令和 6 (2024) 年 3 月 31 日以前) □出産日 (年 月 日)
□領収書・振込先が旧姓の場合、旧姓が確認できるものをコピー □転出日 (年 月 日)