

記入例

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することを了承します。

※氏名欄は、申請者本人が自署しない場合のみ、押印が必要です。

申請者	ふりがな氏名	やお はなこ		生年	
	氏名	八尾 花子		月	
申請者	受診時の住所	〒581-00xx 八尾市〇〇町△△-□		電話番号	090-0000-xxxx
	住所			母子健康手帳交付日	令和4年 3月 9日
妊婦健診	受診日	自己負担額 (領収書金額)	※市記入欄		受診日
		No.	決定額		
	令和6年 3月 11日	5,500円		円	年 月 日 円
	令和6年 3月 18日	6,000円	記 入 し な い で く だ さ い。	円	年 月 日 円
	令和6年 3月 25日	8,000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		年 月 日 円	
年 月 日	円	円		年 月 日 円	
年 月 日	円	円		円	円
産婦健診	令和6年 4月 11日	5,000円	円	A 妊婦合計額 円	
	令和6年 4月 25日	5,000円	円	B 産婦合計額 円	
通知書の郵送先	<input type="checkbox"/> 申請者欄(受診時)の住所と同じ <input type="checkbox"/> 〇〇〇〇 <input type="checkbox"/> 転出予定(年 月 日)				

日中、連絡が取れる電話番号を記入してください。

申請者は健診の受診者です。

母子健康手帳の表紙を参照ください。

受診日とその日の妊婦健康診査費用・産婦健康診査費用(どちらも保険対象外分)を日付欄に記入してください。

振り込み日(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。

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		
	ゆうちょ銀行	銀行・金庫・農協		支店・出張所		
	必ずどちらかに〇	店番		〇〇〇		
預金種別	普通・当座		(ふりがな) やお はなこ			
口座番号(左詰記入)	xxxxxx		() 八尾 花子			
確認欄		<input type="checkbox"/> 振込指定口座が確認できるものを提出しました <input checked="" type="checkbox"/> (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						

口座名義人が申請者と異なる場合は委任状欄を記入してください

*以下、市記入欄

申請受理年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 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。

※氏名欄は、申請者本人が自署しない場合のみ、押印が必要です。

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		受診日	自己負担額 (領収書金額)	※市記入欄		
			No.	決定額			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	
				A 妊婦合計額	円		円		
産婦 健診	年 月 日	円		円	B 産婦合計額	円		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)