

里帰り等妊婦健康診査受診費助成金交付申請書兼請求書

（宛先）小金井市長

申請者 住 所
妊婦氏名
電 話（ ） —

（助産所・都外の医療機関）で妊婦健康診査を受診し、費用を負担したので、小金井市里帰り等妊婦健康診査受診費助成金交付要綱第4条第1項の規定により下記のとおり助成金の交付を申請・請求します。

この申請内容について、公簿との照合及び医療機関等へ確認することに同意します。

記

出産予定日	年 月 日		出産予定		
受診機関名			所在地		
助成対象健診	受診年月日	負担費用額		受診年月日	負担費用額
	1回目	年 月 日 円	8回目	年 月 日 円	
	2回目	年 月 日 円	9回目	年 月 日 円	
	3回目	年 月 日 円	10回目	年 月 日 円	
	4回目	年 月 日 円	11回目	年 月 日 円	
	5回目	年 月 日 円	12回目	年 月 日 円	
	6回目	年 月 日 円	13回目	年 月 日 円	
7回目	年 月 日 円	14回目	年 月 日 円		

超音波検査

受診機関名		所在地	
受診年月日	年 月 日	負担額	円

子宮頸がん検診

受診機関名		所在地	
受診年月日	年 月 日	負担額	円

里帰り等妊婦健康診査受診費助成金口座振替依頼書

助成金については、次の口座に振り込んでください。

振込先金融機関		店番号	口座番号（普通口座）
銀行	本		
信用金庫	・店	口座名義	
農協	支	(カタカナ)	
口座は、原則申請者名義のものに限ります。			

- （注1）添付書類 ① 母子健康手帳の写し（表紙と妊娠中の経過のページ）
② 妊婦健康診査の領収証の写し及び診療明細書の写し
③ 未使用の「妊婦健康診査受診票」「妊婦超音波検査受診票」「子宮頸がん検診受診票」
- （注2）助成金額 各健診の自己負担額と助成上限額のいずれか低い方の金額
- （注3）申請期間 出産日（又は妊婦健康診査受診日）から1年間
- （注4）振込先 原則として妊婦の口座
妊婦名義の口座がない場合は、別紙委任状を提出
- （注5）1回目の妊婦健診、超音波検査及び子宮頸がん検診対象 都外の医療機関に限る。