

妊婦健康診査費用助成申請書

横須賀市長あて

関係書類を添えて、妊婦健康診査費用の助成を申請します。横須賀市がこの申請に必要な情報について調査すること、医療機関等に妊婦健康診査について照会することに同意します。

【申請日】令和 年 月 日

申請者 (妊婦本人) 記入欄	住所 〒 横須賀市		※申請日に住所が市外の方は下記に受診日の時の住所を記載してください			
	フリガナ 申請者氏名 (自署)		※左記(申請者名)を自署していないときは、氏名の右側に押印してください。			
	電話番号(日中連絡の取れるところ)		出産予定日 (出産した日)	年 月 日		
	-		申請額 (申請内容合計額)	円		
	振込先	金融機関名	銀行 信用金庫	支店名	本店 支店	
預金種別		普通・当座・その他	口座番号			
フリガナ			※この助成金について、左記名義人の上記口座への振込みを希望します。			
	口座名義人		申請者(自署)			

↑申請者名義を記載してください。

※の欄は記入しないでください。

申請内容	母子手帳に記載があるとき○印↓	受診年月日	申請額(円) ※上限金額は、各補助券に記載されている金額	補助券番号	※決定額(円)	備考
		.	.			
		.	.			
		.	.			
		.	.			
		.	.			
		.	.			
		.	.			
		.	.			
		.	.			
		.	.			
		.	.			
		.	.			
合計額						

〈事務処理欄〉		〈書類確認欄〉		〈センター名〉		〈受付者名〉	
別冊番号	-	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> 補助券		北・南・西・支援			
別冊交付日	.	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 明細書		〈受付印〉			
市民になった日	.	<input type="checkbox"/> 振込口座確認書類(通帳等)					
〈健康管理支援課への伝達事項〉							