

国分寺市長 殿

国分寺市母子健康診査受診費助成金交付申請書

申請者 住所
 氏名 _____ (印)
 電話 _____
 続柄【 _____ 】

里帰り出産等のため指定医療機関以外の医療機関 _____ で健康診査を受診し、費用を負担したため、国分寺市母子健康診査受診費助成金交付規則第5条の規定により下記のとおり助成金の交付を申請します。
また、この申請の内容について、公簿等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

フリガナ		対象妊婦	国分寺市	
対象妊婦氏名		住 所		
対象妊婦個人 番 号		フリガナ		
		対象新生児氏名		
区分	受診年月日	受診機関名	受診機関の所在地	自己負担額
妊婦健康診査	初回			円
	2回目以降			円
				円
				円
				円
				円
				円
				円
				円
				円
				円
				円
				円
超音波 検査				円
				円
				円
子宮頸がん 検診				円
新生児聴 覚検査				円

助成金については、次の口座に振り込んでください。

金融機関番号			支店番号			口座種別		
1 銀行 3 農協 5 その他 2 信金 4 信組			1 本店 3 出張所 2 支店			1 普通 2 当座		
口座番号			口座名義					
			フリガナ					

(注) 添付書類

- ① 母子健康手帳の出産日及び健康診査の受診記録が記載されている箇所の写真
- ② 自費で支払った助成対象の健康診査の受診に係る領収書及び明細書の写し
- ③ 未使用の受診票