年　　月　　日

国分寺市長　殿

国分寺市産婦・１箇月児健康診査受診費助成申請書

申請者　住所

氏名

電話

続柄【　　】

早産等のため**令和８年10月１日より前に**健康診査を受診し、費用を負担したので、国分寺市産婦健康診査及び１箇月児健康診査受診費助成要綱第４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

<table>
<tr><td>フ　リ　ガ　ナ
対 象 産 婦 氏 名</td><td></td><td>対象産婦・
対象児住所</td><td colspan="2">国分寺市</td></tr>
<tr><td rowspan="2">対　象　産　婦
個　人　番　号</td><td rowspan="2"></td><td>フ　リ　ガ　ナ</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>対　象　児　氏　名</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

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
産婦 健康診査				円
				円
１箇月児 健康診査				円

助成金については、次の口座に振り込んでください。

<table>
<tr><td colspan="5">金融機関番号</td><td colspan="4"></td><td colspan="3">支店番号</td><td colspan="3"></td><td>口座種別</td></tr>
<tr><td colspan="9">１銀行　３農協
２信金　４信組　５その他</td><td colspan="6">１本店
２支店　３出張所</td><td>１普通　２当座</td></tr>
<tr><td colspan="9">口座番号</td><td colspan="6">口座名義</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="6">フリガナ</td></tr>
</table>

(注)添付書類

①母子健康手帳の出産日、出産予定日及び健康診査の受診記録が記載されている箇所の写し

②自費で支払った助成対象の健康診査等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