

記載例

第1号様式（第4条関係）

藤沢市妊産婦健康診査助成金交付申請書

押印・訂正印は不要です。

藤沢市長

申請日を記入してください。

年 月 日

藤沢市妊産婦健康診査助成金交付要綱第4条の規定により、妊産婦健康診査費用の助成を次のとおり申請・請求します。

交付が決定した助成金は、私が指定する次の口座に振り込んでください。口座名義人が申請者（請求者）と異なるときは、口座名義人に助成金の受領を委任します。

なお、助成金の交付に関し必要な情報について、市長が調査、取得、利用することについて同意します。

申請者（請求者）氏名 ※妊産婦本人	藤沢 花子	生年月日	平成●年 ●月 ●日
〒	—	現住所については、申請時の住民票の住所を記入してください（市外でも可）。	連絡がとれる番号 ●●) ▲▲△△
現住所	藤沢市朝日町1-1		

代理人氏名	藤沢 太郎	電話番号	090 (■●●●) ▲▲△△
現住所	■申請者に同じ	本人（妊産婦）以外の代理人が申請書を提出する場合は、記入が必要です。	

※転出後に藤沢市居住時に受けた妊産婦健診について申請する場合、藤沢市居住時の住所を次の欄に記入してください。

藤沢市	すでに藤沢市外に転出されている場合は、藤沢市居住時の住所も記入してください。
-----	--

申請理由	<input type="checkbox"/> 里帰り出産等で指定医療機関で受診することが困難なため <input type="checkbox"/> 健診費用が費用補助券の金額に満たなかったため <input type="checkbox"/> その他 ()	
交付申請額 ※内訳は裏面へ	妊婦健診 円 受診医療機関 妊婦健診（多胎分） 産婦健診	裏面の申請額合計の金額を記入してください。 ※裏面の記入を忘れずにお願いします。

【助成金振込先口座】

金融機関	藤沢 銀行 信用金庫 農業協同組合 ()	本店 支店 ()	口座名義人と請求者が異なる場合 請求者からみた続柄
種別	普通 当座	フリガナ フジサワ タロウ	夫
口座名義	藤沢 太郎	夫の口座も可	口座番号
			1 2 3 4 5 6 7

口座名義人と請求者が異なる場合は、続柄を記入

※裏面もご記入ください。

【提出書類】

①未使用の妊産婦健康診査費用補助券 ②領収書の写し ③母子健康手帳の写し（妊産婦健診の受診内容等の記載箇所）

【市役所事務用欄】

申請書	日 (交付・不交付)決定日	妊婦健康診査: 妊娠中の経過のページ 産婦健康診査: 出産後の母体の経過のページ の提出がそれぞれ必要となります。
妊産婦健康診査費用補助券は3枚1組すべて提出が必要です。		
番号		

妊産婦健康診査補助券を使用せずに受診した健康診査の内訳

太線の枠内を記入してください。

市処理欄には何も記入しないでください。

【市処理欄】

補助券の種類	健診受診日	支払済額	申請額	領収書 確認	補助券 回収	交付決定額
妊婦健診 1 回目	・ ・	円	円	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
妊婦健診 2 回目	・ ・	円	円	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
妊婦健診 3 回目	202●・▲・■	7,000 円	5,000 円	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
妊婦健診 4 回目	202●・▲・■	4,000 円	4,000 円	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
妊婦健診 5 回目	・ ・	円	円	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
妊婦健診 6 回目	・ ・	円	円	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
妊婦健診 7 回目	・ ・	円	円	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
妊婦健診 8 回目	・ ・	円	円	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
妊婦健診 9 回目	・ ・	円	円	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
妊婦健診 1 0 回目	・ ・	円	円	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
妊婦健診 1 1 回目	・ ・	円	円	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
妊婦健診 1 2 回目	・ ・	円	円	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
妊婦健診 1 3 回目	申請額合計を表の「交付申請額」にも記載してください。		円	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
妊婦健診 1 4 回目	・ ・	円	円	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
妊婦健診 申請額合計			9,000 円	妊婦健診 交付決定額合計		円
多胎用 1 回目	202●・▲・■	5,200 円	5,000 円	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
多胎用 2 回目	・ ・	円	円	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
多胎用 3 回目	・	多胎追加分の申請がある場合は、母子手帳のページ (妊娠中の経過)が胎児の数分必要となります。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
多胎用 4 回目	・			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
多胎用 5 回目	・ ・	円	円	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
妊婦健診 (多胎分) 申請額合計			5,000 円	妊婦健診 (多胎分) 交付決定額合計		円
産婦 2 週間健診	・ ・	円	円	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
産婦 1 か月健診	202●・▲・■	6,000 円	5,000 円	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
産婦健診 申請額合計			5,000 円	産婦健診 交付決定額合計		円