

年 月 日

福生市長 宛て

申請者 住 所
氏 名
電 話

里帰り等妊婦健康診査等助成金交付申請書

福生市里帰り等妊婦健康診査等助成金交付要綱第 5 条の規定により、次のとおり申請します。この申請の内容について、医療機関へ確認することに同意します。

フリガナ		生年月日
妊産婦氏名		年 月 日

フリガナ		生年月日
新生児氏名		年 月 日
住 所	福生市 電話番号	

1 妊婦健康診査（一般健康診査）

受診回数	受診年月日	医療機関の名称	医療機関の所在地	自己負担額 (円)
初回				
2 回目				
3 回目				
4 回目				
5 回目				
6 回目				
7 回目				
8 回目				
9 回目				
10 回目				
11 回目				
12 回目				
13 回目				
14 回目				

2 妊婦健康診査（超音波検査）

受診回数	受診年月日	医療機関の名称	医療機関の所在地	自己負担額（円）
初回				
2回目				
3回目				
4回目				

3 産婦健康診査

受診回数	受診年月日	医療機関の名称	医療機関の所在地	自己負担額（円）
初回				
2回目				

4 1か月児健康診査

受診回数	受診年月日	医療機関の名称	医療機関の所在地	自己負担額（円）
初回				

5 新生児聴覚検査

受診回数	受診年月日	医療機関の名称	医療機関の所在地	自己負担額（円）
初回				

注1 必要書類（提示又は提出が必要となります。）

- （1） 当該妊婦健康診査等の受診記録が記載されている母子健康手帳
- （2） 医療機関が発行した妊婦健康診査等を受診した旨が明記された領収書又はその写し
- （3） 当該妊婦健康診査等の未使用の受診票
- （4） その他市長が必要と認める書類

注2 助成額は、各健診の自己負担額と市長が予算の範囲内で定める額とのいずれか低い方となります。

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	
（金融機関名） 1 銀行 4 信組 2 信金 5 その他 3 農協				（支店名） 1 本店 2 支店 3 出張所				1 普通 2 当座	
口座番号				口座名義					
				フリガナ					
				名義人					

注） ゆうちょ銀行に振り込みを御希望の方は、郵便局で口座振替用の印字を受けた口座番号を記入してください。