

藤沢市妊婦健康診査助成金交付申請書

藤 沢 市 長

201● 年 5 月 10 日

藤沢市妊婦健康診査助成金交付要綱第4条の規定により、妊婦健康診査費の助成を次のとおり申請します。
 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。

申請者氏名 (妊婦本人)	藤 沢 花 子		藤 沢
現住所	〒 251 - 8601 藤沢市朝日町1-1		
生年月日	昭和 5● 年 10 月 1 日生	(3● 歳)	
電話番号	0466 (25) 1111 <small>※平日の日中に連絡がとれる番号</small>		

本人（妊婦）以外の代理人が申請に来る場合は記入が必要です。また、代理人の印は本人の印と別の印で押印してください。

代理人氏名	藤 沢 太 郎	藤 沢	(続柄 夫)
住所	■ 申請者に同じ		
電話番号	090 (2525) 1111		

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

住 所	藤 沢 市
-----	-------

申請理由	<input checked="" 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 【現在も里帰り中の場合のみ滞在先について記入してください】 滞在先住所 (横浜市中区日本大通1) 連絡先 (045) 210 - 1111	受診医療機関
	<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 ()	神奈川県市民病院

妊婦健康診査費用補助券	妊婦健診受診日	支払済額 (健診費用等)	申請額	領収書 確認	補助券 回収
<input type="checkbox"/> 補助券 1回目	年 月 日	円	円	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 補助券 2回目	年 月 日	円	円	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 補助券 3回目	年 月 日	円	円	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 補助券 4回目	年 月 日	円	円	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 補助券 5回目	年 月 日	円	円	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 補助券 6回目	年 月 日	円	円	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 補助券 7回目	年 月 日	円	円	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 補助券 8回目	年 月 日	円	円	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 補助券 9回目	年 月 日	円	円	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 補助券 10回目	年 月 日	円	円	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 補助券 11回目	年 月 日	円	円	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> 補助券 12回目	201● 年 3 月 15 日	6,500 円	5,000 円	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> 補助券 13回目	201● 年 3 月 22 日	7,000 円	5,000 円	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> 補助券 14回目	201● 年 3 月 29 日	5,000 円	5,000 円	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
申 請 金 額			15,000 円		

【添付書類】 ①未使用の妊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（妊婦健診の受診内容等の記載箇所）

市役所事務処理欄	年 月 日 (出生・転出・妊娠中)
申請受理年月日	(交付・不交付) 決定年月日
	<input type="checkbox"/> 申請金額のとおり <input type="checkbox"/> 円
備考	