

記入例

妊婦健康診査受診費償還払い助成金申請書兼請求書

令和〇〇年〇〇月△△日

鹿児島市長 殿

鹿児島市妊婦健康診査事業実施要綱第12条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり妊婦健康診査受診費に係る費用の助成について申請します。助成金は、下記の口座に振り込んでください。

フリガナ 申請者氏名	鹿児島華子	生年月日	昭和 平成	◇年〇〇月〇〇日
申請者住所	〒89☆-854△ 鹿児島市 ☆△◇3丁目〇-20 △□アパート102号 (電話番号 自宅 099(203)△3□3 携帯 090-2222-3333)			

助成申請額	健康診査種別	健診受診日	申請額	受診日チェック	決定額
	妊婦健康診査 (1回目)	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査 (2回目)	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査 (3回目)	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査 (4回目)	〇△年 △月◇日	4,560円		円
	妊婦健康診査 (5回目)	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査 (6回目)	〇△年☆月〇〇日	1,200円		円
	妊婦健康診査 (7回目)	〇△年☆△月◇日	2,340円		円
	妊婦健康診査 (8回目)	〇△年☆□月△日	3,000円		円
	妊婦健康診査 (9回目)	〇△年☆□月〇日	1,500円		円
	妊婦健康診査 (10回目)	〇〇年 □月△日	1,200円		円
	妊婦健康診査 (11回目)	〇〇年□月☆△日	5,500円		円
	妊婦健康診査 (12回目)	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査 (13回目)	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査 (14回目)	〇〇年△月 ☆日	7,800円		円
合計	8回	27,100円		円	

日中、本人と連絡が確実にとれる電話番号を必ず記入してください。

以下の金額を記入
※ 県外の医療機関で受診した妊婦健診のみ
※ 領収書の中の「保険診療外」あるいは、「自費分」の金額を記入してください。

口座番号・名義等を十分に、ご確認ください。

振込先	本・支店名	種別	口座番号	口座名義
銀行 桜島金庫農協	本店 かごしま支店	普通	1111111	フリガナ 加シマ 知由 鹿児島 太郎
	出張所	当座		

(申請者名義の口座に振り込むときは、下枠内は記入不要)

委任者 (申請者) 氏名	鹿児島華子	印	忘れずに押印して下さい。
上記受診費に係る助成金の受領に関することを下記の者に委任します。			
受任者 (口座名義人) 住所	☆△◇3丁目〇-20 △□アパート102号		
氏名	鹿児島太郎	申請者との続柄	夫

処理欄 (下枠内は記入不要)

決定年月日	年 月 日	支給決定金額	円
-------	-------	--------	---

◎申請上の注意

- この申請書は、鹿児島市民の方で、県外の医療機関 (国内のみ) において妊婦健康診査を受診された方が受診費の払い戻しを受けるための書類です。
- 申請者は、医療機関発行の領収書、振込先の口座の通帳及び母子健康手帳の8~11ページの写しと受診票を添付してください。受診票1枚につき助成は1回しか受けられません。受診票には、すべてお母さんシールを貼り付けてください。
- 受診費に係る助成金の請求は、妊婦健康診査を受診した日の翌日からできます。申請につきましては、出産日から起算して半年以内に請求してください。