

伊丹市産婦健康診査費助成金支給申請書

伊丹市長 様

助成対象となる産婦健康診査について他の助成は受けておらず、医療機関等へ受診内容等を確認する場合があること及び産婦健康診査の受診結果によっては産後ケア事業や訪問指導等に関する説明を受けることに同意した上で、関係書類を添えて下記のとおり助成を申請します。助成金は下記金融機関に振込み願います。

【添付書類】(添付した書類に☑願います。)

- 1. 産婦健康診査費の分かる医療機関等の領収書及び診療明細書(原本)
 - 2. 母子健康手帳の産婦健康診査受診記録(「出産後の母体の経過」のページ)の写し
 - 3. 未使用の助成券(交付を受けている場合のみ)(※裏面の「こころの健康チェック票」にご記入願います。)
 - 4. 市内に居住することを証明する書類(住民票等)
- ※市が本申請に必要な範囲で公簿の確認を行うことに同意の場合、省略可(以下同意欄に☑願います。)

【太枠内をご記入ください】		申請年月日		年 月 日		
申請者 (産婦)	★住所	〒 -		生年月日	年 月 日	
	★フリガナ			電話 番号	- -	
	★氏名					
健診日	1回目	年 月 日(産後 週)		★ 申請額	1回目	円(上限5,000円)
	2回目	年 月 日(産後 週)			2回目	円(上限5,000円)
出産日		年 月 日			計	円(上限10,000円)
こころの健康 チェック票		<input type="checkbox"/> 助成券裏面に記載の「こころの健康チェック票」に記入しました。 ※2回分まとめて申請する場合は、1枚の助成券に記入してください。				
同意確認 <small>※上記添付書類4を省略する場合、必ず☑してください。</small>		<input type="checkbox"/> 審査のため、伊丹市が申請者の公簿を閲覧することに同意します。				

★の項目については、訂正不可。

支給決定を受けた後、下記の金融機関口座に振込みを依頼します。

振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協		支店名	本店 支店 出張所	
	種別	1.普通 2.当座		口座番号	支店コード()	
	フリガナ					
	口座名義人					

--- 以下、職員記入欄 ---

受付時 確認	<input type="checkbox"/> 領収書(押印後コピーし、返却) ・ 明細書 <input type="checkbox"/> 検査結果写し(母子手帳の検査結果欄など) <input type="checkbox"/> 未使用の助成券(裏面記載あり)				受付者
事務処理確認欄	<input type="checkbox"/> 市内	<input type="checkbox"/> 領収書	助成額	<input type="checkbox"/> 10,000円 <input type="checkbox"/> 5,000円	その他(円)

請求日

伊丹市産婦健康診査費助成金請求書

伊丹市長 様

交付決定を受けたので、伊丹市産婦健康診査費助成事業要綱第7条第8項の規定により、下記の通り請求します。
助成金は下記金融機関口座に振込み願います。

【太枠内をご記入ください】		申請年月日	年	月	日	
申請者 (産婦)	★住所	〒 -	生年 月日	年	月	日
	★フリガナ		電話番号	-	-	
	★氏名					

★請求額	
------	--

円

★の項目については、訂正不可。

下記の金融機関口座に振込みを依頼します。

振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協	支店名	支店コード()	本店 支店 出張所
	種別	1.普通 2.当座	口座番号		
	フリガナ 口座 名義人				