

高崎市妊婦健康診査補助券 助成申請書

（あて先）高崎市長

令和 年 月 日

妊婦健康診査補助券の助成を受けたいので、必要書類を添えて、次のとおり申請します。

なお、本申請に基づく助成金の支給決定にあたり、確認等が必要な場合には、市が受診医療機関等（助産所を含む）に受診状況の確認を行うことに同意します。

1. 申請者 ※妊婦健診を受診した本人

フリガナ 氏名		生年月日	昭和 平成	年	月	日 (歳)
現住所	〒					
受診日における住所	※現住所と異なる場合のみご記入ください。 高崎市					
出産日 (分娩予定日)	令和	年	月	日	連絡先	— —
妊婦健診 受診医療機関 (委託医療機関以外)	1	(名称)				
		(所在地)	(電話番号 — —)			
	2	(名称)				
		(所在地)	(電話番号 — —)			
帰省先	(住所)	(— 様方) (電話番号 — —)				

2. 振込先

金融機関名		支店名		店番号					
口座種別	普通 ・ 当座		口座番号						
フリガナ 口座名義人		続柄	本人 ・ 本人(旧姓) ・ 夫 ・ その他()						
口座名義人住所 (※本人以外の場合のみ記入)									

※申請者と口座名義が異なる場合、下記の口に✓点を入れてください。

 妊婦健康診査補助券に係る助成金受領の権限を、口座名義人に委任します。

3. 添付書類

- 請求書（市指定のもの）
 高崎市妊婦健康診査補助券原本（未使用分 枚）
 医療機関等発行の妊婦健診受診日の領収書のコピー
 振込先通帳の口座情報部分のコピー
 母子健康手帳「妊娠中の経過」（妊婦健診の受診結果）のコピー

【市処理欄】 記入しないでください

	第1回	第2回	第3回	第4回	第5回	第6回	第7回	第8回	第9回	第10回	第11回	第12回	第13回	第14回	
健診日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	合計
領収額															
助成額															

※里帰り等妊婦健診償還払い： . . 済（写し添付： 有）

收受	. .	第 — 号	発行番号		助成決定額	円
----	-----	-------	------	--	-------	---