

鎌ヶ谷市妊婦・乳児健康診査費用助成金支給申請書

年 月 日

鎌ヶ谷市長 様

鎌ヶ谷市妊婦・乳児健康診査実施要綱第11条の規定により以下のとおり申請します。

受診者	フリガナ			
	氏名			
	現住所	〒		
	※すでに転出している方のみ 鎌ヶ谷市在住時の住所	鎌ヶ谷市		
	生年月日	年 月 日	母子健康手帳番号	
	出産予定日	年 月 日	電話番号	

健診機関名	所在地	電話番号

※千葉県外の医療機関に限る。

妊婦・乳児一般健康診査実施状況

※申請欄に○をつけ太枠の中の所定の項目をご記入ください。

申請	受診票の区分	受診票の券種	助成対象となる健診受診年月日	自己負担額	決定助成金額
	A	3	年 月 日	円	円
	B	D	年 月 日	円	円
		E	年 月 日	円	円
		H	年 月 日	円	円
		L	年 月 日	円	円
	C-1	6	年 月 日	円	円
		7	年 月 日	円	円
		G	年 月 日	円	円
		8	年 月 日	円	円
		K	年 月 日	円	円
		9	年 月 日	円	円
	C-2	F	年 月 日	円	円
		N	年 月 日	円	円
	3~6か月		年 月 日	円	円
	9~11か月		年 月 日	円	円
決定助成金合計額					円

振込先	金融機関名	銀行	支店
	口座番号	普通・当座	
	フリガナ 名義人		

鎌ヶ谷市妊婦・乳児健康診査費用助成金支給申請において、自己負担額に訂正があった際には、金額の訂正を市に一任します。また、申請者と振込先口座名義人が異なる場合、振込先口座への振込を了承します。

署名

添付書類

- 1 母子健康手帳(写)及び受診票等健康診査の内容が確認できる書類
- 2 医療機関の領収書
- 3 通帳等口座の確認できるもの(写)