

別 記

第1号様式（第11条関係）

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。

申請者	フリガナ

受診者	フリガナ			
	氏名			
	現住所	〒		
	<small>※すでに転出している方のみ 鎌ヶ谷市在住時の住所</small>	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
	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
	M		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	
	名義人(フリガナ)		

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（写）
- 3 通帳等口座の確認できるもの（写）
- 4 申請者の本人確認書類（写）