

受付時に窓口で記入いただくため、日付は空白にしておいてください

年 月 日

(あて先) 大阪狭山市長

次のとおり妊産婦健康診査受診費の助成を申請します。

申請者 (受診者)	住所	大阪狭山市岩室1丁目97番地の3			
	フリガナ	サヤマ ハナコ	生年月日	年 月 日	
	氏名	狭山 花子			
	電話番号	072-367-1300			
助成申請額		円			

- 備考 1 実際に支払った健康診査受診費が別に定める助成の上限額を超えた場合は、当該上限額を助成申請額とします。
- 2 母子健康手帳交付時に交付しました妊婦健康診査受診券及び産婦健康診査受診券は、必ずこの申請書に添えて返納してください。

《医療機関記入欄》

1 妊婦健康診査

回	受診年月日	領収額	回	受診年月日	領収額
1	年 月 日	円	8	年 月 日	円
2	年 月 日	円	9	年 月 日	円
3	年 月 日	円	10	年 月 日	円
4	年 月 日	円	11	年 月 日	円
5	年 月 日	円	12	年 月 日	円
6	年 月 日	円	13	年 月 日	円
7	年 月 日	円	14	年 月 日	円

多胎の場合のみ、追加で5回まで助成が可能です。

回	受診年月日	領収額	回	受診年月日	領収額
多1	年 月 日	円	多4	年 月 日	円
多2	年 月 日	円	多5	年 月 日	円
多3	年 月 日	円			

2 産婦健康診査（産後8週以内の産婦が対象です。）

回	受診年月日	領収額	回	受診年月日	領収額
産1	年 月 日	円	産2	年 月 日	円

上記金額を健康診査による自己負担額として領収したことを証明します。

年 月 日

所在地 〒

医療機関名

代表者名

印

電話番号

※ これより以下は、記入しないでください。

助成決定日	年 月 日	助成決定額	円
健康診査受診券	有 ・ 無	返納年月日	年 月 日

大阪狭山市妊産婦及び乳児健康診査受診費助成請求書

年 月 日

（あて先）大阪狭山市長

請求者 住 所 大阪狭山市岩室1丁目97番地の3

氏 名 狭山 花子

印 続柄（ 本人 ）

電話番号 072-367-1300

次のとおり妊産婦及び乳児健康診査受診費の助成を請求します。

受診者	住所	下記「健康診査の種類」が1, 2の場合は、妊産婦の氏名 3, 4, 5の場合は乳児の氏名を記入してください		
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日			
健康診査の種類 (請求する健康診査を○印で 囲んでください。)	1 妊婦健康診査	2 産婦健康診査	3 乳児一般健康診査	4 乳児後期健康診査
	5 新生児聴覚検査			
助成請求額	受付時に窓口で記入いただくため、金額は空白にしておいてください			
振込先	金融機関名	大阪狭山銀行	支店名	狭山支店
	口座種別	普通預金	口座番号	0123456
	フリガナ	サヤマ ハナコ		
	口座名義人	狭山 花子		
	委任欄（振込先の口座名義人と請求者が異なる場合は、請求者の委任が必要です。必ず請求者本人が記入の上、請求者の印と同じ印鑑を捺印してください。） 上記口座名義人に対して、健康診査費に係る助成金の受領を委任します。			
				請求者 印

**口座名義が請求者以外の場合は、
請求者の名前を記入し、押印してください**