

## 横浜市妊婦健康診査費用 助成申請書

横浜市 市長

関係書類を添えて、妊婦健康診査費用の助成を申請します。  
 横浜市がこの申請に必要な情報について調査すること、医療機関等に妊婦健康診査について照会することに同意します。

申請日	年 月 日
-----	-------

太枠の中をご記入ください。

母子手帳番号	
--------	--

(フリガナ) 申請者 氏名 (妊婦健診を受診した人)	( )	印
生年月日	S・H 年 月 日生	
住 所	〒 ー ー 横浜市	
電話番号	ー ー	自宅・呼出・職場 携帯・PHS・滞在先( )
	ー ー	自宅・呼出・職場 携帯・PHS・滞在先( )

振 込 先	金融機関名	銀行 本店 信金 支店 信組 出張所 農協	捨印 
	預金種別	1 普通 2 当座 (いずれかに○)	
	(フリガナ)	( )	
	口座名義人		
※1	口座番号	(右づめで記入)	

妊婦健診受診者本人以外の口座に振り込むときは下記の委任についてご記入ください。

私は、次の者に妊婦健康診査費用助成金の受領に関する一切の権限を委任します。	
住所 受任者 氏名 (口座名義人)	委任者 氏名 (申請者)
	Ⓢ

**【注意】** 訂正する場合は「＝(二重線)」で訂正し、訂正箇所に申請者印を押印してください。  
 原則として、修正テープ、修正液等による訂正はできません。

※1 振込先がゆうちょ銀行の場合には、振込用の店名・口座番号を確認してご記入ください。

ご提出いただいた個人情報は、妊婦健康診査費用助成の申請状況を管理するために電子計算機処理を行います。横浜市個人情報の保護に関する条例第10条第1項ただし書きに定める場合を除き、妊婦健康診査費用助成事業以外の目的で利用することはありません。

**裏面に妊婦健康診査の受診・支払状況を記入してください。**

受 理 印
印

