

横浜市妊婦健康診査費用 助成申請書 【記入見本】

横浜市長

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
について照会することに同意します。

提出日を
記入してください。

母子手帳表紙の
番号を
ご記入ください

太枠の中をご記入ください。

申請日	年 月 日
-----	-------

母子健康手帳番号	
----------	--

(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	〒 横浜市	
電話番号	必ず連絡が とれる番号を記入	
	自宅・呼出・携帯・PHS・滞在先() 自宅・呼出・職場・携帯・PHS・滞在先()	同じ印を お使いください

振 込 先	金融機関名	銀行 本店 信金 支店 信組 出張所 協賛 〇〇〇〇〇〇	捨印
	預金種別	1 普通 2)	
	(フリガナ)	名義が旧姓のものは、 指定できません	
	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。

裏面に申請する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

妊婦健康診査の受診・支払状況記入欄 <最後の妊婦健診または出産から1年以内に申請してください>

<申請できる場合>

- ① 未契約の医療機関で、受診
- ② 1回の健診費用が補助額を下回った
その他の事情で補助券を使用できなかった

助成を申請するもの
のみ記入してください

手帳交付日以降受診
の妊婦健診
産後は、対象外

受診年月日	健診費用 (自己負担額)
____年 ____月 ____日	-----円
____年 ____月 ____日	-----円
____年 ____月 ____日	-----円
____年 ____月 ____日	-----円
____年 ____月 ____日	-----円
____年 ____月 ____日	-----円
____年 ____月 ____日	-----円
____年 ____月 ____日	-----円
____年 ____月 ____日	-----円
____年 ____月 ____日	-----円
____年 ____月 ____日	-----円
____年 ____月 ____日	-----円
____年 ____月 ____日	-----円
____年 ____月 ____日	-----円
____年 ____月 ____日	-----円
____年 ____月 ____日	-----円
____年 ____月 ____日	-----円

本申請書には、次の書類を添付してください。

- 助成を申請する妊婦健診の領収書のコピー（氏名、健診費用、健診日、医療機関名の記載されたもの）
※紛失した場合は、医療機関で支払った金額を証明できるもの
- 未使用の妊婦健診診査費用補助券（請求用）
※領収書と同じ回数分をご提出ください
- 母子健康手帳のコピー 「表紙」及び「妊娠中の経過」のコピー
- 振込先金融機関名・口座番号・口座名義人がわかるもののコピー

提出先・問い合わせ先
〒231-0017 横浜市中区港町1-1
横浜市こども青少年局 こども家庭課
妊婦健康診査担当
Tel 045-671-2455/Fax 045-681-0925