

新座市妊婦健康診査助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（申請先） 新座市長

私は、次のとおり受診したので必要書類を添えて申請（請求）します。申請（請求）金額を下記の口座に振り込んでください。

なお、本申請（請求）に当たり、市が保有する情報について閲覧又は調査すること及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

<申請者> *妊婦健康診査受診者

| | | | | | |
|-------------|-----------------------|--|-----|----------|-------|
| フリガナ | | | | 生年 月日 | 年 月 日 |
| 申請者氏名 | | | | | |
| 現住所 | 〒 | | | | |
| 電話番号 | ※必ず日中連絡がとれる番号をご記入ください | | | | |
| 出産(予定)日 | 年 月 日 | | | | |
| 受診医療 機関等 | 名称 | | 所在地 | | |
| | 名称 | | 所在地 | | |

申請(請求)金額 金 円

<振込先>

| | | | | | | | |
|-------|---------------|--|--|--------------|--|--|--|
| 金融機関名 | 銀行・農協 信用金庫 | | | 本店・支店 出張所 | | | |
| 口座番号 | 普通 ・ 当座 | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | | | | |

* 申請者と口座名義人が異なる場合は、下欄の委任状に記入が必要になります

私は、上記口座名義人に新座市妊婦健康診査助成金の受取を委任いたします。

年 月 日 氏 名

* この申請書兼請求書に、下記の必要書類を添付して保健センターまで提出してください。

| | |
|------|--|
| 必要書類 | <p>①未使用の新座市交付の妊婦健康診査等助成券</p> <p>②医療機関等の名称、受診日及び保険外診療の金額が記載された領収書、明細書等（原本） ※領収書等（原本）は手続き後コピーして返却します。他の申請等で原本を提出する場合は、妊婦健康診査助成金の申請を先に行ってください。</p> <p>③検査結果（検査項目のある助成券の申請がある場合）</p> <p>④母子健康手帳の写し （表紙、出生届済証明(P1)、妊娠中の経過(P8～P9)、検査の記録(P10～P11)）</p> <p>⑤振込先の名称・支店名・口座名義人・口座番号のわかるもの（通帳、キャッシュカード等の写し）</p> |
|------|--|

新座市妊婦健康診査助成金交付申請書兼請求書

~~年 月 日~~

(申請先) 新座市長

私は、次のとおり受診したので必要書類を添えて申請(請求)します。申請(請求)金額を下記の口座に振り込んでください。

なお、本申請(請求)に当たり、市が保有する情報について閲覧又は調査すること及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

<申請者> *妊婦健康診査受診者

| | | | | |
|---------|-------------------------------------|--------|------|-------------|
| フリガナ | ニイザ ハナコ | | 生年月日 | ○年 ○月 ○日 |
| 申請者氏名 | 新座 花子 | | | |
| 現住所 | 〒○○○-○○○○ 新座市○○ △丁目△番△号 | | | |
| 電話番号 | ○○○-○○○○-○○○○ ※必ず日中連絡がとれる番号をご記入ください | | | |
| 出産(予定)日 | ○年 ○月 ○日 | | | |
| 受診医療機関等 | 名称 | △△産婦人科 | 所在地 | △△県○○市○○○○○ |
| | 名称 | □□産婦人科 | 所在地 | □□県○○市○○○○○ |

記入しないでください

申請(請求)金額 ~~金 円~~

<振込先>

| | | | | |
|-------|---------|---------------|---------------------|--------------|
| 金融機関名 | △△△ | 銀行 農協 信用金庫 | ○○○ | 本店・支店 出張所 |
| 口座番号 | 普通 | 当座 | ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ | |
| フリガナ | ニイザ タロウ | | | |
| 口座名義人 | 新座 太郎 | | | |

ゆうちょ銀行の場合、支店名は3桁の数字になります

* 申請者と口座名義人が異なる場合は、下欄の委任状に記入が必要になります。
私は、上記口座名義人に新座市妊婦健康診査助成金の受取を委任いたします。
○年 ○月 ○日 氏名 新座 花子

- * この申請書兼請求書に、下記の必要書類を添付して保健センターまで提出してください。
- | | |
|------|---|
| 必要書類 | <ul style="list-style-type: none"> ①未使用の新座市交付の妊婦健康診査等助成券 ②医療機関等の名称、受診日及び保険外診療の金額が記載された領収書、明細書等(原本) ※領収書等(原本)は手続き後コピーして返却します。他の申請等で原本を提出する場合は、妊婦健康診査助成金の申請を先に行ってください。 ③検査結果(検査項目のある助成券の申請がある場合) ④母子健康手帳の写し (表紙、出生届済証明(P1)、妊娠中の経過(P8~P9)、検査の記録(P10~P11)) ⑤振込先の名称・支店名・口座名義人・口座番号のわかるもの(通帳、キャッシュカード等の写し) |
|------|---|

委任状欄に申請者氏名を記入してください

口座名義が申請者と異なる場合、