

●郵送で償還払いの申請を行う場合について

◇郵送先

〒350-1104 川越市大字小ケ谷 817 番地 1

川越市総合保健センター 母子保健課 管理担当

※差出し、配達記録が残る簡易書留や特定記録郵便物などのご利用をお勧めします。

※封筒には「妊婦健診等助成金申請書在中」と明記してください。

◇申請書類等

①「川越市妊婦健康診査等助成金交付申請書兼請求書」

※川越市ホームページからダウンロードできます。

②未使用の助成券（未使用の助成券全てに住所・氏名等を記入してください。）

③領収書の**原本（コピー不可）**。受診先の名称・受診日等が明記されたもの。）

※領収書の原本は、支払決定通知書と一緒に返送します。

④領収（診療）明細書（コピー可。健診内容や検査内容が明記されたもの。）

⑤母子健康手帳のコピー

・妊 婦 健 診：「妊娠中の経過(P8・9)」ページのコピー

「検査の記録(P10)」ページのコピー(※記載がある場合のみ。)

・産 婦 健 診：「出産後の母体の経過(P15)」ページのコピー

・新生児聴覚スクリーニング検査：「検査の記録(P18)」ページのコピー

※申請内容に応じたコピーの同封をお願いします。

※母子健康手帳のページ数は発行時期や自治体により違う場合があります。

⑥振込先が分かるもののコピー（通帳やキャッシュカード等のコピー）

※振込先金融機関名・支店名・口座番号・口座名義人が分かるもの

※インターネットバンキング等で通帳がない場合や、ナンバーレスのキャッシュカードをご利用の場合は、上記情報が分かるもの（アプリやネット通帳等の画面）を印刷し、郵送してください。

【注意】申請書類等は、**不足が無いようにご準備ください。**

【注意】申請書類等について電話等でお伺いする場合があります。申請書には、**連絡可能な電話番号を必ずご記入ください。**

何かご不明点等ある場合は、下記までお問い合わせください。

＜お問い合わせ先＞

母子保健課 管理担当

電話 049-229-4122