

## 川越市妊婦健康診査助成金交付申請書

年 月 日

(提出先)

川越市長 川 合 善 明

私は、川越市妊婦健康診査・新生児聴覚検査助成金交付要綱第5条及び第6条に基づき必要書類を添え、助成金の交付を申請します。

なお、私はこの申請に基づく助成金の交付決定に当たり、確認等が必要な場合には市が医療機関等に問い合わせることに同意します。

## 1 申請者(妊婦健康診査受診者)

フリガナ		昭和			
氏名		生年月日	平成	年	月 日
				( 歳)	
住所	申請者の 現住所	〒 ( ☎ — — )			
	受診日にお ける住所	※現住所と異なる場合はご記入ください 〒 川越市			
妊婦健康診査受 診医療機関等	(名称)				
	(所在地) 〒	( ☎ — — )			

## 2 振込先(振込先は妊婦健康診査受診者ご本人の口座になります。諸事情によりご本人以外の口座に振り込みを希望される場合は、下記の「委任状」を記入してください。)

金融機関	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所
預金の種類	1 普通      2 当座	口座番号
フリガナ		
口座名義人		

**※受診者ご本人以外の口座に振り込む場合は、下記委任状を記入してください。**

## 委任状

(提出先) 川越市会計管理者

私(委任者)は、下記の者を代理人と定め、川越市から支払われる妊婦健康診査助成金の受領の権限を委任します。

委任者	住所	代理人	住所
	氏名(署名または記名押印) ⑧		氏名

(裏)

申請者氏名 (妊婦健康診査を受診したご本人)

### 医療機関等で受診した妊婦健康診査の内容

太枠内を記入してください。

健診回数 検査名	受診年月日	申請額 (医療機関へ支払った助成対象妊婦 健康診査費用等の額)
HIV 抗体検査	年 月 日	円
子宮頸がん検査	年 月 日	円
助成券①	年 月 日	円
助成券②	年 月 日	円
助成券③	年 月 日	円
助成券④	年 月 日	円
助成券⑤	年 月 日	円
助成券⑥	年 月 日	円
助成券⑦	年 月 日	円
助成券⑧	年 月 日	円
助成券⑨	年 月 日	円
助成券⑩	年 月 日	円
助成券⑪	年 月 日	円
助成券⑫	年 月 日	円
助成券⑬	年 月 日	円
助成券⑭	年 月 日	円
HTLV-1 抗体検査	年 月 日	円
性器クラミジア検査	年 月 日	円

※支払った健診等が自費 (保険適用外) であることを確認の上、ご記入ください。

検査日や、どの受診日が申請の対象となるか判断しかねる場合は、受診年月日等は記入せずにお持ちください。

※助成上限金額と実際に支払った金額を比較し、少ない方の金額を助成します。また、実施しなかった検査は助成の対象にはなりません。

※助成金交付申請は、委託医療機関以外で受診した妊婦健康診査の最後の受診日の翌日から1年以内です。

#### 申請に必要な書類等

- 母子健康手帳
- 未使用の助成券 (住所・氏名等を記入してください)
- 受診先の名称・受診日が明記された領収書 (原本)
- 領収 (診療) 明細書 (健診内容が明記されたもの)
- 検査結果票・超音波エコー画像など
- 振込先がわかる通帳等