第1号様式（第5条関係）

記入例

昭島市妊婦健康診査等受診料補助金交付申請書兼請求書

〇年〇月〇日

昭島市長

昭島市妊婦健康診査等の補助金について交付を申請します。補助金額は、下記の口座に振り込んでください。

申請者	フリガナ	アキシマ　ハナコ	妊産婦との関係	生年月日
	氏名	昭島　花子	（本人）・夫・	〇〇年〇〇月〇〇日
	住所	〒196-〇〇〇〇 昭島市　〇〇〇　〇丁目　〇〇番　〇-〇〇〇号		電話番号 〇〇〇（〇〇〇〇）〇〇〇〇
妊産婦☑申請者と同じ	フリガナ			生年月日
	氏名	（単胎）・多胎）		〇〇年〇〇月〇〇日
申請事由	1.（里帰りのため）　2.その他の事情（　　）		出産日	〇〇年〇〇月〇〇日
子	フリガナ	アキシマ　タロウ		生年月日
	氏名	昭島　太郎		〇〇年〇〇月〇〇日

種別			市事務処理欄			
	子宮頸がん（含に〇）	超音波（含に〇）		受診日（日付順で記入）	健診等に要した額(A)（保険外診療のみ）	補助基準限度額(B)	(A)(B)のいずれか少ない方の金額
妊婦健康診査			1	年			円
			2				円
			3				円
			4				円
			5				円
			6				円
			7				円
			8				円
			9				円
			10				円
			11				円
			12				円
			13				円
			14				円
	［市事務処理欄］回収受診票		妊婦健診 超音波 子宮頸が				円
新生児聴覚検査							円
産婦健康診査		1回目					円
		2回目					円
						産婦健診額 計	円
1か月児健康診査				年　月　日	円	円	円
［市事務処理欄］回収受診票に〇			新生児聴覚　産婦　1・2　1か月児			申請額	記入しない　円

市事務処理欄ですので、すべて記入しないでください。

母子健康手帳の検査の記録の日付と、自費で支払った金額（※健康保険適用分は対象外です）のある領収書の日付が一致している領収書が対象となります。

振込先									
	金融機関名	〇〇	銀行・農協・信用金庫・信用組合		△△	本店・支店・出張所		種別	
								普通・当座	
	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	7桁を右詰め記入(5～6桁の場合は頭に0をつけてください)
	フリガナ（必須）	ヘイセイ　ハナコ							
	口座名義※	平成　花子							

ゆうちょ銀行の場合通帳番号の先頭から7桁を記入（8桁の場合末尾の”1”は記入しない）

※振込先の口座名義に申請者が旧姓を記入する場合は、下記に記入が必要です。

振込口座名義は旧姓ですが、同一人物で間違いありません。　申請者氏名（自著）　昭島　花子

【市事務処理欄】　この線より下は記入しないでください

受付印

科目別	償還額
妊婦健診	
新生児聴覚検査	
産婦健診	
1か月児健診	
合　計	

交付決定額