

様式第1号（第5条関係）

（ 年度）鶴ヶ島市妊婦健康診査助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）鶴ヶ島市長

申請者 住 所 鶴ヶ島市
氏 名
電話番号

年度鶴ヶ島市妊婦健康診査助成金の交付を受けたいので、鶴ヶ島市妊婦健康診査助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

なお、鶴ヶ島市がこの申請に必要な情報について調査すること及び、医療機関等に妊婦健康診査について調査することに同意します。

対象者の氏名		生年月日	年 月 日
母子健康手帳の 交付日	年 月 日	出産（予定） 年月日	年 月 日
受診した医療機 関等	名 称		
	住 所		
	電話番号		

注1 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康診査の領収書の写し（氏名、健診費用、医療機関名の記載されたもの）

*紛失した場合は医療機関等で支払った金額を証明できるもの

○未使用の妊婦健康診査助成券*領収書と同じ回数分。

○母子健康手帳の写し（対象者の氏名及び受診内容が記載された部分）

○振込先金融機関名・口座番号・口座名義人がわかるものの写し

注2 この申請は妊婦健康診査を受診した最後の日、または出産の日から1年以内に提出してください。