第１号様式（第５条関係）

申請日（裏面の枠内と同日）

〇〇年〇〇月〇〇日

狛江市長　宛て

《申請者記入欄》

転出した場合は、表面下部に転出前の住所を記載

郵便番号：　201-0003

住所：　狛江市和泉本町〇－〇－〇

氏名：　狛江　花子

（＊産婦名を記入）

電話番号：　〇〇〇－〇〇〇〇－〇〇〇

狛江市産婦健康診査及び１か月児健康診査受診費助成金交付申請書

狛江市産婦健康診査及び１か月児健康診査受診費助成金交付要綱第５条の規定により、下記のとおり助成金の交付を申請します。

産婦の氏名、生年月日等を記載

ふりがな	こまえ　はなこ		
受診者氏名	狛江　花子	生年 月日	〇〇年〇〇月〇〇日
受診した 医療機関名	〇〇病院	出産日 （又は転出日、最終受診日）	〇〇年〇〇月〇〇日

申請する項目に〇を付けてください。

忘れずに〇を付けてください

①　産婦健康診査

②　１か月児健康診査

申請に必要な書類はありますか。□にチェックを入れてください。

- ☑ 受診した医療機関が発行した申請する受診日の領収書のコピー
- ☑ 上記領収書と一緒に発行された明細書のコピー
- ☑ 申請者の氏名が記載された母子健康手帳の表紙のコピー
- ☑ 口座手帳のコピー等、振込先の口座情報がわかるもの（申請者本人の物に限る）
- ☑ 未使用の受診票

＊以下の書類は、必ず受診結果が記載されている状態でご提出ください。

- ☑ 母子健康手帳の「出産後の母体の経過」欄のコピー
- ☑ 母子健康手帳の「1か月児健康診査」欄のコピー

＊以下の書類は、必ず受診結果の記載と受診した医療機関の押印又は署名がされた状態でご提出ください。

- ☑ 産婦健康診査受診票又は１か月児健診受診票の乙票（請求原票・結果通知票）

忘れずにチェックを付けてください

（裏面に続きます）

第１号様式（第５条関係）

金額等記入せず、空欄でご提出ください。

申請金額（請求額）　　円

振込先

金融機関名	○○○ 銀　行 / 信用金庫 / 農　協	○○○ 本店 / 支店 / 出張所							
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
フリガナ	こまえ　はなこ								
口座名義	狛江　花子								

※　振込口座は、申請者（産婦）本人の名義に限ります。

私は、市が助成金の交付の可否を決定する場合において必要がある場合には、私が産婦健康診査又は１か月児健康診査を受診した医療機関に対し、当該決定に関し必要となる事項について、市が照会をすることに同意します。

○○年　○○月　○○日　　申請者氏名　　狛江　花子

表面の「申請日」と同日

【申請前に最終確認！】

- 受診日から１年以内の申請ですか？
- 母子手帳に健診結果等が記載された状態ですか？
- 受診票に健診結果が記載されていますか？

＊受診日から１年を過ぎた場合、受診票や母子手帳に健診結果等が記載されていない場合は、**助成対象外**になります。

＊結果の記載がない場合は、受診した医療機関等へお問い合わせください。