

妊産婦健康診査費助成金償還払い申請書兼請求書
(妊娠確定前診察費助成金分)

令和 6年 4月 5日

丹波市長 林 時彦 様

下記のとおり、丹波市妊
娠確定前診察費助成金を
認を行うことに同意します

電話番号、メールアドレスを
記入いただくことで、請求印
を省略することができます。
*今までどおり、押印された
ものでも有効です。

綱第10条の規定により、関係書類を添えて
検査等に対し、必要に応じ医療機関等に確

- *太枠内のみ記入ください。妊娠出産全期を通じて1回限りの申請です。
- *電話番号、メールアドレス(ある場合)を記載いただくことで、請求印を省略することが出来ます。
但し、請求印がない場合は、一切の訂正は不可とします。
- *振込を委任される場合は、申請者欄及び委任欄の押印(同じ印)が必要です。

申請者 (妊産婦本人)	ふりがな 氏名	たんば はなみ 丹波 花美	生年 月日	昭和・平成 5年 5月 X日	
	住所	〒669-3464 丹波市 氷上町石生 2059番地5 ミルネハウス202号			
	電話番号	090-0000-00XX	メールアドレス	hanamimi@00.00	
	手帳番号	丹2024-002	交付日	令和 6年 4月 5日	
	出産予定日又は出産日	令和 6年 11月 3日(予定)・出産)			
助成 申請 内容	受診日	診察費 (申請額)	医療機関名または助産所名	決定額※ (上限10,000円)	
	1回目	5年 3月 22日	8,550円	〇〇△△産婦人科	円
	2回目	6年 4月 5日	2,800円	同上	円
	3回目	年 月 日	円		円
	合計	2回	円		円
振込先	本・支店名	種別	口座番号	口座名義人	
△〇 銀行・農協 信用金庫 信用組合	×〇 本店 支店 出張所	普通 当座	000△1XX	フリカナ たんば はなみ 丹波 花美	
出来るだけ、妊婦ご本人の口座(旧姓のままは不可)を指定ください。					
は、申請者以外の口座に振込みを希望される場合のみ記入してください。					
受領に関することを下記の者に委任します。委任者 _____ 印					
氏名 _____ (申請者との続柄 _____)					
生年月日 昭・平 年 月 日 TEL _____					

【添付書類】妊娠確定に要した費用(保険診療適用外)に関する領収書を添付ください。

《以下は市記入欄ですので記入しないでください》 チェック 入力 起票

支給決定年月日	年 月 日	支給決定金額※	円
---------	-------	---------	---