

戸田市妊婦健康診査等助成金申請書兼請求書（妊婦健診等）

(宛先)

戸田市長

請求者	郵便番号	—
	住 所	
	氏 名	
	電話番号	

戸田市妊婦健康診査等助成金交付要綱第4条の規定に基づき、申請します。

なお、この申請に基づく助成金の交付決定にあたり、確認等が必要な場合には、受診した医療機関に妊婦健診等の内容について戸田市が問い合わせることに承諾します。

助成金請求金額 円

助成金交付対象者

フリガナ	
対象者氏名 (健康診査等を受診した人)	
生 年 月 日	年 月 日
住 所	戸田市
出 産 日	年 月 日
受診医療機関名	

振込先

金 融 機 関	銀 行 本店 信用金庫 支店
預 金 種 類	普 通 ・ 当 座
口 座 番 号	
フリガナ	
口 座 名 義 人	

※ 添付書類

- 妊婦健診の場合：母子健康手帳内の「妊娠中の経過」の写し  
聴覚検査の場合：母子健康手帳内の「検査の記録」の写し  
産婦健診の場合：母子健康手帳内の「出産後の母体の経過」等の写し
- 領収書及び明細書 紛失した場合は、実施医療機関からの「健康診査等費支払証明書（第2号様式）」
- 未使用の助成券
- 振込先金融機関の通帳やキャッシュカード等の写し